QUELQUES

OBSERVATIONS PRATIQUES

recueillies

A LA CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'UNIVERSITÉ IMPÉRIALE DE KHARCOFF (RUSSIE).

PAR

LE Dr VANZETTI,

Professeur de clinique chirurgicale ; membre honoraire de la Société anatomique, etc.

EXTRAIT DES BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

(XIXe année. — 1844).

PARIS.

CHEZ MOQUET, LIBRAIRE-ÉDITEUR,

COUR DE ROHAN, N. 3,

près le passage du Commerce, quartier de l'Ecole-de-Médecine.

1844

PARIS. — IMP. DE HAUQUELIN ET BAUTRUCHE, RUE DE LA HARPE, 90.

OBSERVATION

D'UN CAS DE CALCUL

DU POIDS DE 224 GRAMMES (7 ONCES) ENTRE LES DEUX FEUILLETS DU PRÉPUCE.

précédée de quelques

RÉFLEXIONS PRATIQUES SUR LES CALCULS DE L'URÈTHRE CHEZ LES ENFANS.

> Nonnumquam etiam prolapsus in ipsam fistulam calculus, non longe ab exitu inhæerescit. Eum, si fieri potest, oportet evellere vel auriculario specillo, vel eo ferramento quo, in sectione, calculus protrahitur.
>
> (CELSUS, l. VII, c. 26).

Il ne se passe presque pas d'année que l'on ne porte à notre clinique quelques enfants, le plus souvent de l'âge d'un à deux ans, qui, jouissant de la meilleure santé, sont mis dans le plus grand danger à cause d'une rétention subite des urines, survenue ordinairement pendant l'acte même de l'émission. Une fois, un de ces petits malades nous a été porté trop tard pour être sauvé : il n'avait pu uriner depuis trois jours; la région hypogastrique était très-distendue, sa physionomie livide, ses lèvres parfois tiraillées par des contractions spasmodiques; une tranquillité passive avait succédé à l'agitation extrême des jours précédents ; son corps était baigné d'une abondante transpiration, et il mourut quelques heures après.

Nous savons déjà que, dans pareils cas, l'arrêt des urines est amené par un petit calcul qui bouche le canal de l'urèthre : aussi sans faire de recherches, dès qu'on nous porte ces petits malades, nous saisissons le pénis, et nous trouvons, tantôt à l'extrémité, tantôt à une hauteur plus ou moins grande de la verge, une dureté qui révèle la présence d'un petit calcul. Que le méat urinaire soit fort étroit ou non, nous avons l'habitude, dans ces cas, de fendre de suite en haut le gland dans l'étendue de quelques lignes, et nous ne procédons à l'extraction du calcul qu'après avoir ainsi élargi le méat. La petite plaie est ordinairement cicatrisée au bout de vingt-quatre heures, et ne demande pour sa guérison que des soins assidus de propreté. Sans l'élargissement préalable du méat urinaire, l'extraction du calcul est toujours laborieuse ; elle cause beaucoup de douleurs ; expose la muqueuse uréthrale à être contuse, ou distend violemment le méat urinaire, qui reste enflé pendant plusieurs jours, et quelquefois peut s'enflammer considérablement.

Ces calculs sont ordinairement d'acide urique ; quelquefois leur forme est un peu oblongue ; mais, le plus souvent, ils sont parfaitement sphériques.

Il est probable que, dans nos villages, où les paysans ordinairement évitent de recourir aux médecins, plusieurs enfants périssent par suite de cette cause. Il faut avouer cependant que les vieilles femmes qui y font la médecine, et auxquelles le peuple a beaucoup de confiance, connaissent la nature du mal, et savent même y apporter un secours efficace J'appris par une de ces femmes que, lorsque les enfants ne pouvaient uriner, elle faisait la succion du pénis pour amener le calcul au bout de l'urèthre, d'où elle pouvait toujours l'extraire avec le bout recourbé d'une épingle à cheveux.

Quelquefois les enfants trouvent d'eux-mêmes la ma-

nière de prévenir l'arrêt des urines, et d'éviter les souffrances qui en sont le résultat.

Dans l'année 1840, on nous amena un enfant de trois ans à peine, qui portait un calcul mobile dans l'urèthre, et avait appris à se porter secours lui-même chaque fois qu'il urinait. Aussitôt que le calcul, poussé par le jet de l'urine, bouchait le canal, il le repoussait en arrière, et l'y retenait, en pressant l'urèthre des deux côtés, jusqu'à ce que l'urine eût cessé de couler.

D'autres fois l'urine, après avoir été arrêtée pendant un temps plus ou moins long, et gravement exposé le malade, peut se frayer un chemin entre la paroi de l'urèthre et le calcul, à cause peut-être de la forme de ce dernier. Nous publions ici un fait de ce genre, à la suite duquel des changements fort curieux se firent dans la forme du pénis.

S. Schandrin, paysan de l'Ukraine, âgé de 19 ans, se fit recevoir à la clinique chirurgicale de l'Université Impériale de Kharcoff, le 9 octobre 1837. D'une constitution robuste, et paraissant jouir d'une parfaite santé, ce ne fut qu'avec peine que nous pûmes connaître le motif qui avait décidé ce jeune homme à demander nos soins: il paraissait vouloir laisser à nos investigations la découverte d'un défaut qu'il avait, jusqu'alors, soigneusement caché, et qu'il croyait ne pouvoir révéler sans honte. Quelques expressions vagues nous firent soupçonner un projet de mariage, et cela tourna d'abord nos recherches du côté des parties génitales.

Ce fut alors avec surprise que nous vîmes le pénis du jeune paysan présenter un volume et une forme tout-à-fait extraordinaires. (Voyez fig. 1re.) Et notre surprise augmenta encore davantage, lorsque saisissant le membre, que la paume de la main pouvait à peine embrasser, tant était grand son volume, nous le trouvâmes d'une pesanteur énorme, et de la dureté d'une pierre. C'était un cas de phy-

mosis complet, accompagné de circonstances toutes particulières. En effet, le pénis, à partir d'un travers de doigt du pubis, prenait, dans toute sa circonférence, la forme d'une tumeur à peu près ovoïde, dont le diamètre transversal était de deux pouces et demi, et le diamètre longitudinal de 4 pouces. Cette tumeur, était recouverte de la peau de la verge parfaitement saine, mais, par sa tension, elle rendait les veines très manifestes. Son sommet représentait un renflement sphéroïdal plus proéminent à droite, et séparé par une légère dépression du reste de la tumeur; à l'extrémité supérieure de ce renflement, on voyait un repli valvulaire qui n'était que l'orifice du prépuce. Toute la tumeur, comme nous l'avons dit, donnait à la main qui l'explorait la sensation d'une pierre immédiatement recouverte de la peau qui l'embrassait étroitement; seulement, le long de la surface antérieure de cette lourde masse, et plus à gauche qu'à droite, on reconnaissait, par le toucher, la présence d'un corps plus mou, allongé, qui se laissait un peu déprimer, et qui finissait à un pouce de distance de l'extrémité supérieure de la tumeur. Suivant, avec les doigts, la ligne qui limitait à droite et à gauche ce corps, on s'apercevait qu'il était logé dans une rainure moulée dans la masse pierreuse sous-jacente. Ce corps était le pénis. En faisant uriner le malade devant nous, on vit que la presque totalité de l'urine sortait en jet par l'orifice du prépuce, mais qu'une partie sortait par une ouverture presque capillaire qui se trouvait au côté droit, un peu audessus de la moitié de la tumeur. Un stylet introduit dans cette ouverture fistuleuse, touchait à nu la surface d'un calcul; introduit dans l'orifice du prépuce, il suivait un chemin oblique de droite à gauche, mais *ne touchait le calcul dans aucun point*; cela suffit pour nous faire reconnaître que ce corps étranger n'était pas logé, comme le sont les calculs préputiaux, entre le gland et le prépuce.

Quant à l'histoire de ce fait, le jeune paysan nous dit

avoir appris de ses parents, que, lorsqu'il avait à peine un an, il fut pendant plusieurs jours en danger de mort à cause d'une rétention d'urine dont il avait été pris soudainement, et que ce ne fut que par les paroles magiques, par les manipulations et par les remèdes que lui administra une vieille femme du village où il habitait, que les urines reprirent leur cours; dès ce moment, ses parents s'aperçurent de la présence d'une petite dureté, du volume d'un petit pois, le long de la surface inférieure du membre, à quelque distance de son extrémité; cette dureté ne disparut jamais; mais, augmentant peu à peu, elle donna au membre la forme actuelle, sans cependant lui avoir causé aucune souffrance jusqu'à l'âge de 15 ans; alors il éprouva des douleurs qui devenaient surtout très-intenses toutes les fois qu'il urinait; la peau s'enflamma au côté droit de la tumeur, et les douleurs disparurent entièrement après la formation d'un petit abcès qui s'ouvrit, laissant l'ouverture par laquelle on voyait sortir une partie de l'urine lors de son émission.

Ces renseignements tout imparfaits qu'ils étaient, car la rusticité naturelle du malade nous empêchait d'en obtenir de plus circonstanciés, suffisaient cependant pour nous mettre à même de suivre l'origine et les progrès du calcul dans la situation où il était. Certainement que lorsque, à l'âge d'un an, le malade fut pris d'une rétention d'urine, un calcul, descendu des reins dans la vessie, s'engagea dans l'urètre sans pouvoir franchir ce canal, et s'arrêta près de la fosse naviculaire; là, probablement, il usa peu à peu la muqueuse uréthrale et le tissu même de l'urèthre, et vint en contact avec le tissu cellulaire sous-cutané qui, par les progrès lents de l'ulcération, put s'épaissir et empêcher la formation d'un abcès qui aurait donné issue au calcul, et guéri le malade. La laxité du tissu sous-cutané du pénis permit au calcul de s'agrandir dans toutes les directions par la déposition des sels de l'urine dont il était baigné à chaque

émission. Il est facile de concevoir comment pendant les 18 ans que dura l'augmentation successive de ce calcul, il avait,du côté de son extrémité supérieure,décollé le feuillet muqueux du feuillet cutané du prépuce en formant une poche circonscrite par ces deux feuillets, et comment du côté opposé, c'est-à-dire par son bout inférieur, il avait de plus en plus décollé la peau de la surface inférieure de la verge en s'interposant entre celle-ci et ses téguments. L'agrandissement du bout supérieur du calcul ne pouvait avoir lieu sans faire de plus en plus avancer le prépuce au devant du gland, et repousser celui-ci en haut et en arrière, et déterminer un phymosis. Ce calcul donc doit être comparé à ces masses calcaires, souvent très-volumineuses, qui se forment dans l'épaisseur du périnée, par le séjour de l'urine à la suite d'ulcérations du canal de l'urètre; et si ce cas présente quelque intérêt, c'est uniquement par la région où la déviation des urines, provoquée par l'arrêt d'un calcul primitivement formé dans les reins avait donné naissance à ce dépôt calcaire.

La nature, qui, jusqu'à l'âge de 15 ans, était, pour ainsi dire, restée inactive contre la présence de cette masse étrangère, fit un effort pour débarrasser l'organe qui en était le siège, à l'époque où ses fonctions commençaient à se développer. Un mouvement inflammatoire, amené soit par le travail de la puberté, soit par la trop grande distension de la peau, se développa dans la poche qui contenait le calcul, et les fortes douleurs qui l'accompagnaient parurent assez provoquer l'attention du malade sur l'état anormal de l'organe affecté, pour lui faire solliciter les secours de l'art. Il ne fallut certainement que l'extrême rusticité du sujet qui portait cette affection, pour ne pas songer dès lors à s'en débarrasser : toujours est-il que le travail inflammatoire développé par un effort spontané de la nature, ayant ouvert une brèche et établi une fistule par laquelle l'urine pût, dès ce moment, se frayer un chemin

hors de la poche, l'accroissement du calcul dût en être, si ce n'est pas entièrement arrêté, certainement ralenti.

Avant la présence de cette fistule, ce cas aurait présenté beaucoup plus d'obscurité; car l'urine sortant alors entièrement par l'orifice préputial, on n'aurait pas peut-être soupçonné l'existence d'une ouverture anormale de l'urèthre, fait qui n'admettait aucun doute après la formation de la fistule. En outre, avant cette formation, il n'y avait à l'extérieur aucun point par lequel on aurait pu toucher à nu ce calcul, et cela n'aurait pu avoir lieu qu'en introduisant dans l'urètre une sonde qui l'aurait touché à nu, là où la fente urétrale existait : mais l'introduction d'une sonde, et même d'un stylet flexible, aurait été toujours extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, à cause de la grande distance qui existait entre l'orifice du prépuce et celui du gland; à cause aussi de la tension du prépuce sur le calcul, et enfin à cause de la convexité de son bout supérieur.

La tumeur fut fendue selon le diamètre longitudinal de sa surface inférieure avec un bistouri, guidé sur la rainure d'une sonde qu'on avait préalablement introduite par l'ouverture fistuleuse entre le calcul et les parois de la poche. En écartant les bords de la fente qu'on venait de pratiquer, on expulsa d'abord un grand calcul qui constituait les deux tiers inférieurs de la tumeur, puis un autre calcul qui en constituait le bout supérieur. Ces deux masses étaient articulées ensemble par leur bout correspondant, et pesaient ensemble sept onces (224 grammes). Toute la surface interne de la poche était tapissée d'une membrane, de couleur nacrée, dure, coriace, presque cartilagineuse, qui, même après son évacuation, s'affaisait à peine. Dès lors, pour dégager le gland, on pratiqua l'opération du phimosis. Il est facile de concevoir que, le bout supérieur de la poche se trouvant entre les feuillets du prépuce, ce bout fut enlevé avec les deux lambeaux. Les

parois de la poche qui pendaient d'un côté et de l'autre du pénis, furent aussi en partie excisées (voir fig. 2).

Après l'excision du prépuce et des parois de la poche, le pénis s'approchait déjà de sa forme naturelle : le gland ne présentait aucune anomalie; mais l'urèthre, à partir d'un pouce de la racine des bourses jusque vers la fosse naviculaire, était privé de sa paroi inférieure : les limites de la partie qui restait étaient tracées par deux lignes saillantes parallèles l'une à l'autre : et cette partie était aussi dure, aussi cartilagineuse que le reste de la poche à laquelle elle était continue.

Il était à espérer qu'après avoir ôté le calcul, le tissu dur, cartilagineux de la partie des corps caverneux et de l'urèthre qui avait été en contact avec lui se ramollirait, et permettrait de réunir les deux bords saillants de la fente, et de rendre à l'urèthre sa continuité. En effet, quarante jours après la première opération, les tissus s'étant tant soit peu ramollis, on aviva, à l'aide de ciseaux, les deux bords, et, à l'aide de six épingles et de la suture entortillée, on les mit en contact. Pour en faciliter le rapprochement, et rendre moindre la tension qui devait s'ensuivre, on fit préalablement une incision parallèle à chacun des bords qu'on devait rapprocher. Une sonde fut introduite dans la vessie; mais son introduction fit découvrir une complication qui rendait bien plus grave l'état du malade. Un autre calcul, d'une grandeur très-considérable, se trouvait enchâtonné dans la partie prostatique de l'urèthre; il y était immobile, et faisait saillie dans le rectum sous la forme d'une sphère d'un pouce de diamètre, contre laquelle l'indicateur introduit dans cet organe allait frapper. Ce second calcul n'avait jamais causé d'incommodité au malade, qui en ignorait absolument l'existence ; mais sa présence rendait difficile et douloureux le séjour de la sonde, et nous fûmes obligés de la retirer. C'est peut-être ce qui fut cause que cet essai d'uréthrorrhaphie fut sans

succès; l'urine suinta par la suture, et, au cinquième jour, ôtant les épingles, on vit que l'adhésion n'avait eu lieu qu'à l'extrémité supérieure de la fente, dans l'étendue d'une ligne et demie seulement. Cet essai amena cependant des changements très-favorables dans les parties sur lesquelles on avait agi; car le travail inflammatoire qui suivit l'opération ramollit tellement les tissus, que la fente uréthrale devint très étroite par le rapprochement de ses bords; ce qui nous fit espérer qu'une seconde tentative serait couronnée de succès. Mais tandis que l'introduction d'une sonde dans la vessie nous paraissait nécessaire pour ne pas échouer une seconde fois, la présence du calcul dans la portion prostatique de l'urèthre la rendait absolument impossible. Il nous parut donc convenable de penser d'abord à l'extraction de ce calcul, et de procéder plus tard au rétablissement de la continuité du canal. Le calcul, par sa position, pouvait facilement être extrait à l'aide de l'opération de *Celse*, car en l'acrochant avec l'indicateur introduit dans le rectum on le faisait considérablement saillir du côté du périnée... *Medicus diligenter unguibus circumcisis... sinistra manu,... duos ejus digitos, indicem et medium, leniter prius unum, deinde alterum, in anum demittit... Ac primum circa cervicem quœritur calculus, ubi repertus, minori negotio expellitur*, etc... Mais le malade rendit vaines toutes nos spéculations: content d'avoir la verge débarrassée du calcul, et ne comprenant pas l'utilité de se faire enlever celui dont il n'avait pas soupçonné la présence, et peu soucieux d'ailleurs, de voir l'urine sortir par l'ouverture naturelle, il s'opposa obstinément à toute espèce d'opération.

Trois ans plus tard, nous eûmes occasion de revoir ce malade; lui ayant parlé d'un nouvel essai d'opération, il nous répondit qu'il venait de se marier depuis quelque mois, et qu'il était assez satisfait de son état pour ne pas songer à l'améliorer. Nous ne le perdrons pas de vue, et

nous souhaitons surtout que le calcul qu'il porte dans la portion prostatique de l'urèthre ne l'oblige pas tôt ou tard à avoir recours une autre fois à nos soins.

Il nous reste à décrire le calcul qui était logé dans la poche.

Ce calcul (voir la planche 3) est, ainsi que nous l'avons dit, du poids de 7 onces (224 grammes), et composé de deux parties, l'une inférieure formant une masse de 8 centimètres de bas en haut et de 6 centimètres d'un côté à l'autre; le second, supérieur, est formé par la juxta-position d'une multitude de petits calculs polyèdres parfaitement articulés entre eux et avec la grande masse.

Le gros calcul est ovoïde; à son extrémité supérieure on remarque un certain nombre de facettes plus ou moins étendues qui servaient d'articulations aux petits calculs; sur la surface antérieure est une dépression longitudinale dans laquelle était logée la verge; cette dépression est divisée en deux à son extrémité par une arête remarquable, formée par une saillie très prononcée qui pénétrait dans l'urèthre par le bord inférieur de la fente de ce canal. Toute sa surface est compacte, sa dureté considérable, sa couleur sale, café au lait. Son poids comparé à son volume, est évidemment plus grand que s'il était formé uniquement de sels de chaux : aussi l'analyse chimique a-t-elle fait voir qu'il contenait une faible proportion de phosphate de chaux et une plus grande proportion d'acide urique; c'est du reste, ce que pouvaient faire penser *à priori* sa dureté et sa couleur, qui, comme nous l'avons dit, rappelle surtout celles des calculs d'acide urique. La coupe du calcul fait voir qu'il est composé de couches concentriques très-bien exprimées, et formées alternativement d'acide urique et de phosphate de chaux.

OBSERVATION

D'UN KYSTE OSSEUX

SITUÉ AU COTÉ DROIT DE LA TÊTE

qui avait détruit la base du crâne sans dérangement des fonciions du cerveau.

Il arrive assez souvent que les chirurgiens sont à même d'admirer les puissances par lesquelles la vie résiste à des conditions morbides d'une immense gravité sans que les fonctions des organes qui en sont le siége soient altérées ; la formation lente de tumeurs, soit dans la proximité, soit dans le tissu même d'un organe du premier ordre, est un fait de ce genre. Des exemples fréquents de tumeurs nées ou pénétrant dans la boîte crânienne sans causer pendant un temps plus ou moins long la mort ou de graves altérations dans la structure et dans les fonctions du cerveau, sont consignés dans les annales de la science. L'étude de ces cas est toujours d'un haut intérêt, surtout au point de vue du diagnostic et sous le rapport physiologique. Aux faits connus nous en ajouterons un autre que nous avons eu occasion d'observer, et qui présente beaucoup d'intérêt, par la grande extension que l'affection avait impunément acquise.

La tête représentée dans la figure n° 4 et 5 est le portrait d'un marchand de 34 ans, qui, au mois d'octobre 1841, vint de la ville d'Ekatérinoslaff à notre clinique pour se faire traiter d'une tumeur qu'il portait au côté droit de la tête. Les renseignements que nous pûmes recueillir de ce malade sont les suivants : Il y avait trois ans, à peu près que, sortant du Dniester où il s'était baigné, il éprouva une sensation douloureuse à l'oreille droite. Il attribua

ce phénomène à de l'eau entrée dans l'oreille; mais, le soir de ce même jour, n'étant pas mieux, il consulta un médecin militaire, qui lui fit appliquer des sangsues autour du siége de la douleur, et des ventouses sacrifiées à la nuque. Les douleurs cependant augmentèrent de jour en jour, tellement que le malade nous a dit s'être fait inutilement appliquer plus de cinquante fois des sangsues dans les trois premiers mois de ses souffrances.

Au bout de ce temps, il survint, au-dessus de l'oreille, une tuméfaction solide, qui, augmentant lentement en hauteur et en périphérie, constituait déjà au bout de deux ans une tumeur très-considérable; le malade alors pria un barbier de lui ouvrir la tumeur, dans l'espoir que les douleurs disparaîtraient par l'issue de ce qu'il supposait y être contenu.

Il nous fut impossible d'avoir des renseignements exacts sur ce point important, et surtout sur la profondeur des incisions faites par le barbier: le malade put nous dire seulement que quelques gouttes de sang en étaient sorties, que la tumeur continua à s'agrandir avec plus de rapidité qu'auparavant, les douleurs s'augmentant également et offrant cela de particulier, qu'elles commençaient régulièrement après minuit pour cesser entièrement le jour, pendant lequel il pouvait vaquer à ses occupations.

Les fonctions cérébrales avaient toujours été en parfait état; l'œil droit cependant proéminait de quelques lignes de plus que l'œil gauche; mais le globe oculaire ne présentait rien d'anormal, ses mouvements étaient libres et la vue parfaite, l'ouïe était aussi bonne de l'oreille droite que de l'oreille gauche: les mouvements de la mâchoire inférieure se faisaient sans gêne, et dans la cavité de la bouche on n'observait aucun changement; mais la voix du malade était nasale, et il nous dit que son odorat était presque entièrement anéanti à cause d'un rhume continuel qui obstruait ses narines et lui empêchait de respirer par le nez, toujours rempli de mucosités.

Le malade avait toujours joui d'une bonne santé, n'avait jamais reçu de coup à la tête; seulement, un an avant le commencement de sa maladie actuelle, il contracta une uréthrite qu'il dit avoir fait disparaître au bout de 15 jours après avoir pris trois cuillerées de poudre à canon.

La tumeur pouvait être comparée à un grand cône à pointe arrondie, appliqué par sa base à tout le côté droit de la tête. Toute sa surface était lisse et uniforme ; la peau qui la recouvrait était parfaitement saine et de couleur naturelle ; la partie des téguments qui couvrait sa limite supérieure, appartenant au cuir chevelu, conservait ses cheveux, écartés de quelques lignes l'un de l'autre, à cause de la grande distension de la peau, et, par cette même cause, les ramifications supérieures de la veine faciale étaient rendues plus manifestes. La tumeur était immobile et à parois osseuses.

La sensation éprouvée en explorant la tumeur était celle que l'on éprouve en explorant le crâne; et une continuité si parfaite existait entre ce dernier et les parois de la tumeur, qu'on était porté à croire que le tout était formé par les os du crâne distendus.

A chaque mouvement qui était imprimé à la mâchoire inférieure, la main, appliquée sur la partie antérieure de la tumeur, reconnaissait les contractions du muscle temporal aminci, et, en se rapprochant de son sommet, elle sentait que les parois résistaient moins, qu'elles cédaient légèrement, et qu'il y avait même quelques points où la pression produisait assez manifestement un craquement analogue à celui du parchemin sec. Près du sommet et antérieurement, on sentait une fente, comme si c'eût été un léger écartement d'une suture; les bords de cette fente, à cause de leur élasticité, se laissaient tant soit peu déprimer.

L'exploration la plus minutieuse ne nous fit découvrir aucune pulsation ou frémissement, et le malade, intprrogé à ce sujet, déclara n'avoir jamais eu de sensation de ce

genre. Les pressions faites sur la tumeur, pour en constater les caractères, ne causaient aucune douleur.

On aura une idée de la grande étendue de la base de cette tumeur par rapport aux os du crâne auxquels elle correspondait, en traçant les limites de ses diamètres transverse et vertical. Le diamètre transverse correspondait à une ligne qui, partant immédiatement du bord externe de l'orbite, passait au dessus du méat auditif et finissait à un pouce et demi en arrière de l'apophyse mastoïde Le diamètre vertical correspondait à une ligne qui, partant de la protubérance pariétale, passait au-devant du méat auditif, et finissait près de l'angle de la mâchoire inférieure. Le méat auditif se trouvant au-dessous du diamètre transverse et au-delà du diamètre vertical, on concevra que le pavillon de l'oreille devait être déplacé et déjeté en arrière et en bas. La base de la tumeur correspondait, en un mot, à tous les os qui entrent dans la formation de la paroi latérale du crâne. Toutefois, le bord externe de l'orbite n'était nullement intéressé, ce qui fait que la face paraissait intacte.

L'aspect de la tumeur n'offrait aucun caractère de malignité, et la guérison rapide des incisions qu'on y avait faites impunément était un fait d'une grande valeur pour constater la nature bénigne de cette affection. L'élasticité, et surtout le craquement de parchemin que la tumeur présentait manifestement sur quelques points (symptôme, d'après *Dupuytren*, pathognomonique des kystes fibreux dans les os), nous firent croire que cette tumeur était un kyste développé dans l'os temporal, que le malade avait désigné comme siége primitif de la douleur. Il est vrai que ni la région où la tumeur existait, ni l'intensité des douleurs n'étaient des circonstances favorables à cette hypothèse ; mais tous les autres symptômes des kystes existaient.

L'intégrité des fonctions cérébrales nous fit supposer que cette tumeur n'intéressait pas la paroi interne des os sur

lequels elle siégeait, mais s'était uniquement développée auxdépens de leur paroi externe.

Les douleurs qu'éprouvait le malade, et les progrès que la tumeur continuait à faire, nous imposaient l'obligation de ne pas le laisser sans secours et de faire nos efforts pour apaiser ses souffrances. Sa constitution commençait à se détériorer, ses traits accusaient l'accablement, et la mélancolie et les traces d'une vieillesse prématurée. D'un autre côté, nous pouvions croire qu'en attendant toujours, la paroi interne des os du crâne serait attaquée, et que toute opération deviendrait inutile.

Nous résolûmes donc d'ouvrir le kyste; mais loin de nous hâter, dans un cas dont le diagnostic ne laissait pas d'être très-obscur, et, animé par le désir d'éviter une opération dont nous ne pouvions prévoir les conséquences, nous assujettîmes pendant deux mois le malade à une suite d'essais thérapeutiques, dans le but d'apaiser ses douleurs : les mercuriaux, dans l'hypothèse d'un vice syphiltique, les narcotiques à l'intérieur et à l'extérieur, les cataplasmes, les fomentations froides, essayés tour à tour, furent absolument sans effet, et la véhémence des douleurs nocturnes devint si grande, que le malade, au lieu de redouter une opération, nous reprochait notre lenteur, et nous provoquait à l'entreprendre, qu'elles qu'en dussent être les conséquences. Pendant ces deux mois de traitement, l'élasticité de quelques points de la tumeur devint beaucoup plus manifeste, ainsi que le craquement de parchemin.

Le 26 novembre nous procédâmes à l'opération dans l'idée, comme nous l'avons dit, que la tumeur n'était qu'un kyste, qui, après son évacuation, permettrait aux os de s'affaisser et de revenir sur eux-mêmes. Profitant donc de l'endroit où les parois de la tumeur offraient une fente, nous y enfonçâmes un bistouri et nous y fîmes une ouverture suffisante pour introduire le doigt indicateur. Aucun liquide ne sortit par cette ouverture, et l'indicateur qui, par un léger effort,

put vaincre la résistance des rebords osseux de la fente, pénétra sans obstacle dans l'intérieur de la tumeur qui paraissait être vide, tant était faible la résistance de ce qu'elle contenait. Nous pûmes dès-lors toucher à nu sa surface concave, et nous demeurâmes convaincu qu'elle n'était qu'une coque osseuse; cela nous encouragea à emporter tout son sommet, ce que nous fîmes avec les ciseaux de M. *Seutin*, après avoir incisé la peau, le long de la ligne circulaire que les ciseaux devaient suivre. La partie exportée représentait un disque concave, à parois osseuses, de l'épaisseur d'une demi-ligne, tapissées d'une membrane très-fine, rougeâtre, très-adhérente.

L'intérieur de la tumeur contenait, en certaine quantité, une masse pultacée, molle, incohérente, sans odeur, d'une couleur noirâtre très-foncée, mêlée à des feuillets très-jaunes qui tranchaient vivement avec la matière précédente. Nous n'avons jamais vu, dans aucune autre tumeur, une matière qui pût lui être comparée. Pendant que nous étions occupé à vider la cavité de la tumeur, afin d'atteindre à sa base la lamelle interne des os, nous nous aperçûmes que notre main était déjà presque à la hauteur de la ligne moyenne de la base du crâne, et que nous agissions dans un grand vide qui, primitivement, devait être occupé par le corps de l'os sphénoide et le basiliaire, et même par la base du cerveau. Nous vîmes alors combien était erronée l'opinion que nous avions conçue de trouver la base de la tumeur limitée par la surface interne des os du crâne, et la cavité crânienne dans son intégrité. De peur donc de léser le cerveau, nous abandonnâmes toutes manœuvres ultérieures avant d'avoir entièrement vidé la cavité et d'en connaître les limites; le malade d'ailleurs était tombé trois fois en défaillance pendant l'opération : nous nous hâtâmes, en conséquence, de le replacer dans son lit, après avoir appliqué sur le côté droit de la tête beaucoup de charpie que l'on retint par un léger bandage.

Les trois premiers jours après l'opération se passèrent sans rien de notable; le malade n'eut plus ses douleurs nocturnes; il dormit pendant toute la nuit et parut satisfait de son état. Au quatrième jour, les pièces de l'appareil étaient déjà fort sales et donnaient de la mauvaise odeur : en les ôtant on les trouva surchargées des restes de la matière que la tumeur contenait, devenue très-fétide, extrêmement noire, sans aucune trace de jaune. Toute la surface de la cavité offrait une couleur noire des plus intenses; on fit des injections d'eau tiède pour chasser les débris et l'espèce de putrilage qui adhérait à ses parois, et dès ce jour on renouvela l'appareil matin et soir.

Au 6e jour, la position du malade empira : peau sèche, brûlante, céphalalgie, soif, yeux hagards, pouls 100, sommeil troublé par des visions, physionomie sinistre, décomposée.

Au 8e jour, même état général; on remarque que l'œil droit est chassieux, sa conjonctive légèrement injectée, sa vue s'affaiblit ainsi que l'ouïe du même côté; les facultés mentales paraissent embarrassées, égarées; pendant le sommeil on observe des contractions spasmodiques des muscles de la face.

La cavité, qui les jours précédents avait donné de la matière noire, commence à se déterger et à prendre un aspect vermeil; on peut déjà mieux connaître sesi limites et les parties avec lesquelles elle est en rapport. Dans le fond de la cavité on peut distinguer le lobe moyen du cerveau, pour ainsi dire suspendu et retenu en place uniquement par la dure-mère, masquée par les débris d'une membrane en suppuration, qui, cependant, laisse percevoir les pulsations de l'artère méningée moyenne; ce lobe paraissait être descendu davantage vers sa position normale, tandis que pendant l'opération il était refoulé en haut. La main appliquée sur lui sent une pulsation qui peut même être aperçue par l'œil. Au-devant du lobe moyen, on voit

une grande cavité qui occupe la place du tiers externe de la cavité orbitaire et de la fosse temporo-zygomatique. Au-dessous du lobe et antérieurement, on voit une grande cavité qui occupe toute l'arrière-bouche droite, limitée par un diaphragme, percé d'un grand trou par lequel on pénètre dans une autre cavité à gauche de la base du crâne. En arrière, au côté du bord du tiers postérieur de l'hémisphère cérébral, on trouve une autre large cavité qui paraît formée aux dépens de cellules mastoïdiennes énormément distendues.

Au douzième jour, la cavité continue à se déterger de plus en plus; la dure-mère qui soutient le lobe du cerveau se recouvre davantage de bourgeons charnus, ainsi que toute la surface de la cavité; mais l'état général du malade devient plus grave; la céphalalgie augmente, il y a de la photophobie; chaque effort musculaire cause des tremblements; de la matière purulente sort par les narines et par la bouche; le malade est très-inquiet; tantôt il se promène, tantôt il se recouche; son humeur est morose, irascible; pouls 108, petit; sa peau sèche; soif; point d'appétit.

Au 20e jour, le malade délire pendant le sommeil; il n'est plus en état de quitter le lit : il accuse surtout des douleurs dans l'arrière-bouche; l'œil droit est très-chassieux, et la vue s'affaiblit de plus en plus, de même que l'ouïe de l'oreille droite, qui est le siége d'un bourdonnement continuel; il se développe une tuméfaction érysipélateuse des téguments de la tumeur et du crâne, laquelle augmente encore ses souffrances; elle disparaît cependant au bout de trois jours. La cavité continue à fournir une abondante suppuration qui se ramasse dans le bas-fond de la partie qui occupe l'arrière-bouche.

Le malade, la nuit du 24e jour, est pris d'un accès de véritable délire pendant lequel il pousse des cris; il se lève, se promène dans sa chambre sans être soutenu; pendant le our il devient plus calme et retombe dans sa faiblesse

ordinaire : il éprouve de la douleur en avalant; et lorsqu'il incline la tête en avant, beaucoup de matière purulente sort de la bouche et des narines.

Au 27e jour, de la torpeur se manifeste au bras droit.

La nuit du vingt-neuvième, il est pris dans tout le corps de violentes convulsions qui sont suivies d'un commencement de paralysie de l'extrémité supérieure gauche, d'hémiplégie faciale du même côté, et de cécité complète de l'œil gauche, opposé au côté malade; la suppuration devient séreuse.

Au 30e jour, les extrémités gauches sont complétement paralysées. Les urines et les excréments sortent involontairement; la faiblesse devient de plus en plus grande; il y a de l'œdème autour des malléoles; pouls 120; peau sèche, aride et ardente; le malade se plaint continuellement et à haute voix, surtout de la chaleur brûlante qu'il éprouve à la peau et particulièrement le long de l'épine; il demande instamment qu'on le transporte dans un lit froid; il devient beaucoup plus tranquille après s'être fait appliquer des fomentations froides sur la tête.

Au trente-unième jour, le malade est dans un profond coma, quelquefois interrompu par du délire; il se frotte quelquefois de la main droite, tantôt la tête, tantôt les parties génitales; le pouls devient filiforme; la respiration est très-accélérée, stertoreuse, et de la matière purulente sort abondamment de sa bouche dans chaque expiration. Le malade meurt le trente-deuxième jour après l'opération; l'extrémité supérieure droite s'était œdématiée ce même jour.

A L'AUTOPSIE, on trouve un kyste occupant tout l'espace compris, d'arrière en avant, entre le trou occipital et l'arrière-bouche, de dedans en dehors, entre la ligne médiane et l'apophyse mastoïde; de bas en haut, entre la partie postérieure du maxillaire supérieur et l'os pariétal.

Considéré dans son ensemble, ce kyste a la forme d'un

cône dont la base regarde le cerveau, dont le sommet est dirigé en dehors et dont l'axe se trouve dans la direction de la ligne des deux sourcils prolongée ; avant l'opération il faisait une saillie de cinq pouces au-dessus de la surface du crâne, maintenant il est tronqué, il en reste environ un pouce et même deux dans certains endroits ; il a à l'extérieur, les parties molles étant enlevées, onze pouces de circonférence à sa partie la plus évasée.

Sa base est membraneuse, parsemée de plaques osseuses; elle est en rapport avec le bord latéral de tout l'hémisphère cérébral, avec le tiers externe de la base du lobe antérieur, avec la base du lobe moyen, de la protubérance annulaire et du tiers externe du cervelet. D'où il résulte qu'on ne rencontre plus aucune trace d'une portion de la lame horizontale du frontal, aucune trace du corps du sphénoïde et de sa grande aile, de tout l'os basilaire et d'une grande portion du temporal, excepté le rocher qui existe. C'est sur cette base que repose l'artère méningée. Son pourtour est limité (voir fig. 6) par une ligne courbe, qui, de l'apophyse externe du coronal, se porte en haut et en arrière jusqu'à la région mastoïdienne, en restant en-deçà de la ligne d'insertion du muscle temporal, et en bas regagne l'apophyse externe du coronal en passant au-dessus du méat auditif, puis descendant vers l'angle postérieur de la mâchoire supérieure, et longeant la face postérieure du sinus maxillaire et de l'os malaire.

Si maintenant nous supposons le cône divisé en deux par un plan perpendiculaire à sa base et passant par le méat auditif et l'insertion de l'apophyse externe du coronal, nous aurons deux portions : l'une supérieure et postérieure, et l'autre antérieure et inférieure. La première est généralement osseuse, et la seconde membraneuse, mais offrant de nombreuses plaques osseuses très-consistantes.

La première paraît formée, en haut, par la lame

externe du pariétal hypertrophiée en dehors, de manière à former un angle rentrant avec le reste du pariétal ; elle paraît formée en arrière par la région mastoïdienne énormément distendue et comme insufflée.

La deuxième paraît formée, en arrière, par la portion écailleuse du temporal, déjetée en bas, en dehors et en avant, de manière à se trouver sur le même niveau que l'arête du rocher, en bas et en dedans par un tissu membraneux qui occupe la place de l'os basilaire; cette portion est en rapport avec la muqueuse pharyngienne qui est refoulée en bas et en avant, et elle s'étend jusqu'à la dernière dent molaire. Au-dessous de cette portion on voit l'apophyse styloïde intacte et la cavité glénoïde légèrement attaquée. En avant et en bas, cette portion est formée par un tissu semi-osseux qui remplit la fosse sphéno-maxillaire, et qui paraît constituée aux dépens de l'apophyse ptérygoïdienne; cette partie refoule la paroi du sinus maxillaire de manière à en rétrécir la cavité. En avant et en haut elle paraît constituée par la partie antérieure des os de la fosse temporal; toute cette portion refoule en avant l'arcade zygomatique qui est considérablement amincie et détachée de son origine temporale.

Tel est l'aspect général de ce cône; mais il s'en fa'.t de beaucoup que sa cavité soit régulière; c'est ainsi que nous y voyons plusieurs prolongements : l'un remplit le renflement mastoïdien; un autre pénètre jusque dans le condyle articulaire de l'occipital qui est fortement excavé; un troisième, dans la fosse nasale droite où il a attaqué le cornet inférieur qui a pris la forme d'une vésicule osseuse du volume d'une noisette et creusée d'une cavité en rapport avec celle du kyste; un quatrième dans l'orbite à travers sa paroi externe partiellement détruite, et un cinquième pénètre au côté gauche, à travers une ouverture percée dans la base membraneuse du kyste; ce dernier s'étend depuis l'apophyse articulaire de l'occipital, qui est détruite (ainsi qu'une partie

de la facette articulaire de l'atlas) jusque dans la fosse nasale où il pénètre après avoir détruit la pointe du rocher, avoir respecté le sinus caverneux et la paroi interne de l'orbite, auxquels il est appliqué. La partie interne de l'apophyse ptérygoïde est détruite. Dans tout ce prolongement le kyste est partie menbraneux et partie osseux, comme éburné, de deux lignes d'épaisseur; il est facile de le séparer des organes auxquels il n'adhère que faiblement.

Du reste, le cerveau est sain; les méninges injectées recouvertes d'une exsudation comme gélatineuse, la dure-mère parsemée de granulations osseuses. A la base du crâne on remarque, au niveau de la base du kyste, une transparence insolite qui occupe d'arrière en avant le tiers externe de la fosse cérébelleuse, la partie inférieure du pariétal, la partie postérieure de la portion horizontale du frontal, la grande aile du sphénoïde, la portion écailleuse du temporal, le corps du sphénoïde, le basilaire et les condyles de l'occipital. Dans tous ces points, la dure-mère est saine, seulement on voit au-dessous d'elle une coloration brunâtre qui appartient au kyste qui lui est appliqué. Nous devons encore noter que sur le pourtour de la destruction des os, la lamelle interne du pariétal, réfléchie en dedans, offre des saillies très-aiguës de plusieurs lignes de hauteur, et représentant assez le bord dentelé d'une scie. Les nerfs et les vaisseaux qui sortent du crâne sont sains; ceux de la région faciale sont placés eutre la dure-mère et la partie antéro-interne du kyste, et les autres entre la dure-mère et sa partie postéro-interne.

OBSERVATION

DE RÉSECTION

DE TOUT LE CORPS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR (1).

La résection de la mâchoire inférieure a été déjà assez souvent pratiquée, pour n'être plus considérée ni comme difficile ni comme dangereuse; aussi, faut-il l'avouer, parmi les grandes opérations de la chirurgie, il n'y en a peut-être aucune qui entraîne moins de danger que cette résection, et dont la guérison soit plus rapide. Cela s'applique surtout aux cas qui ne sont pas compliqués de dégénérescence des parties molles, où, par conséquent, après la résection de l'os, les lambeaux peuvent être facilement réunis, sans compression ni refoulement de la base de la langue. Dans les cas de tumeurs volumineuses de l'os, l'ablation d'une assez grande partie des tégumens dégénérés, ulcérés ou tombés en gangrène, peut encore avoir lieu sans augmenter les difficultés et la gravité de l'opération, car la partie de la peau qui reste, suffit ordinairement pour recouvrir aisément la plaie; mais dans les cas de cancer qui, après avoir détruit la lèvre inférieure, envahit l'os, l'opération est de beaucoup plus compliquée et ses résultats sont plus douteux; car, outre la résection de l'os, il faut restaurer la lèvre excisée, en fendant les joues transversalement, et s'il le faut aussi, verticalement au-delà de l'incision transversale. L'opération, avec beaucoup de soins, réussit assez souvent dans ces cas, mais la lèvre artificielle qu'on obtient est très rentrante,

(1) Extrait des *Annales de Chirurgie*, t. XI. — Juin 1844.

et l'arcade dentaire supérieure déborde tellement la lèvre inférieure, que la bouche ne peut être complétement fermée. Les Planches septième et huitième représentent le portrait de deux malades que nous avons opérés dans l'année 1842, dans de pareilles circonstances. Dans ces deux cas, le cancer avait détruit toute la lèvre inférieure jusqu'au-delà des angles de la bouche, avait envahi aussi l'os qu'on réséqua, en-deçà de l'avant-dernière dent molaire : la nouvelle lèvre faite aux dépens des joues, à l'aide d'une incision transversale et d'une autre verticale externe, laissa entre son bord et l'arcade dentaire supérieure, un espace considérable. Dans un cas pareil, il manquait au malade la dent canine et la première molaire supérieures du côté gauche ; et, le bord externe de l'incisive, étant par conséquent libre, entamait tellement la muqueuse de la lèvre supérieure, attirée en arrière à cause de la rétraction des angles de la bouche, qu'il fut nécessaire de l'extraire.

Sans tracer ici en détail l'histoire des résections, dont nous avons mentionné les résultats, nous nous bornerons pour le moment à rapporter l'observation suivante d'un cas de résection de tout le corps de la mâchoire énormément distendu par une tumeur probablement fibreuse, qui avait subi une ossification complète.

Le sujet de cette observation est un homme du peuple, âgé de cinquante-quatre ans, qui avait toujours joui d'une bonne santé, et ne pouvait attribuer à aucune cause l'origine de son mal. — Les dernières années, sa constitution se détériora, probablement à la suite de l'impossibilité où il était de se nourrir de substances solides, à cause du développement énorme qu'avait subie la mâchoire inférieure; le développement anormal de l'os commença dix ans auparavant,

époque à laquelle le malade s'aperçut d'abord d'une élévation à la surface interne de la mâchoire, au-desous des dents incisives, puis d'une élévation au menton : par des progrès lents, et sans causer de douleurs, le gonflement de l'os s'étendit aux deux branches de la mâchoire, remplit le plancher de la bouche, refoulant la langue en haut et en arrière; écarta de plus en plus la mâchoire inférieure de la supérieure, et mit le malade dans l'impossibilité de parler et de mâcher : en dehors, le développement de l'os fut encore plus considérable; devenant de plus en plus proéminente, la mâchoire prit la forme d'un grand cône, dont le sommet descendait jusqu'au devant de la poitrine : toutes les dents tombèrent successivement, à l'exception des deux incisives droites qui, déplacées et couchées sur la tumeur d'avant en arrière, y sont encore implantées. Lorsque la tumeur eut acquis un volume considérable, la grande tension de la peau qui la recouvrait, rendit très pénible chaque mouvement de la mâchoire. L'hiver, le froid intense de nos contrées menaçait de congélation le bout de la tumeur, aussi le malade portait-il sa mâchoire emboîtée dans un sachet de fourrure qu'il s'était construit pour cet usage. Mais à l'approche de l'hiver de l'année 1839, la peau devint le siége de douleurs brûlantes et continuelles qui torturaient le malade, surtout lorsqu'il prenait quelques alimens; au mois de décembre la peau s'enflamma au sommet et aux côtés de la tumeur, et alors les douleurs devinrent si intolérables au plus léger écartement de la mâchoire, que le malade ne put plus introduire dans la bouche, même des substances liquides : se voyant alors menacé de mourir d'inanition, il fut forcé de recourir enfin aux secours de l'art, et il fut porté à la Clinique le 6 janvier 1839.

La mâchoire avait extérieurement la forme d'un énorme renflement conique qui descendait au devant du cou, et dépassait de dix pouces environ l'arcade dentaire supérieure. La surface antérieure de ce renflement était plus proéminente à gauche où elle s'élevait en guise de voûte, en refoulant en haut et en dehors l'angle de la bouche, la lèvre inférieure tendue sur la tumeur et entraînée en bas, ne pouvait pas s'approcher de la supérieure, et laissait à découvert une partie de la tumeur. La peau, énormément distendue qui la recouvrait, était saine d'ailleurs; mais au sommet et sur les côtés, il y avait des plaques érysipélateuses où elle était prête à se fendre et à tomber en gangrène. Les parois de la tumeur étaient osseuses; mais dans quelques endroits elles étaient élastiques et cédaient à la pression, rendant très manifestement un craquement de parchemin sec : au sommet et sur quelques-uns des points érysipélateux, l'élasticité était si grande et les parois si amincies, qu'on y apercevait une véritable fluctuation; aussi ayant largement fendu tous ces points ramollis, il en sortit du pus mêlé à un fluide sanguinolent. Le doigt introduit dans la grande brèche qu'on venait de faire au sommet et aux côtés de la tumeur, pénétrait dans une cavité proportionnellement peu vaste, sans pouvoir pénétrer plus loin, rencontrant partout des parois osseuses.

D'ailleurs, à part l'émaciation du malade, tous les autres organes ne présentaient rien de morbide : les ganglions lymphatiques du cou n'étaient pas engorgés, et l'aspect de la tumeur ne révélait aucune malignité, même sur les parties enflammées et gangrénées qui évidemment ne l'étaient qu'à cause de leur distension excessive.

Reconnaissant dans ce cas une tumeur originairement fi-

breuse qui avait subi une ossification complète, nous nous décidâmes à faire la résection de la mâchoire au-delà des limites de sa dégénérescence, c'est-à-dire à l'angle de l'un et de l'autre côté; mais avant de procéder à l'opération, il était nécessaire de réparer autant qu'on le pourrait, par des soins hygiéniques, surtout à l'aide d'une bonne nourriture les forces du malade; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il avait attendu qu'il fût réduit aux extrémités avant de réclamer nos soins. La tension de la peau ayant diminué après l'ouverture de la tumeur, et son sommet s'étant affaissé tant soit peu, les souffrances du malade s'apaisèrent, et l'injection des substances alimentaires, à l'aide d'une petite cuiller et d'un siphon, devint moins difficile. — L'opération fut donc ajournée jusqu'au 30 de janvier, et pendant ce temps notre attention était dirigée sur les changemens qui auraient pu survenir dans la tumeur, après l'ouverture qu'on avait pratiquée, afin d'en éviter l'ablation dans le cas où un affaissement progressif de ces parois aurait été remarqué; mais l'observation journalière de la tumeur fit reconnaître de plus en plus, qu'à part les cavités qu'on avait ouvertes, le corps de la tumeur était totalement formé d'un tissu osseux très compacte qui ne permettait pas de la vider de quelque manière que ce fût, et ne laissait espérer aucun affaissement ultérieur: la résection de la mâchoire devenait donc nécessaire.

Elle fut pratiquée de la manière suivante : On fit deux grandes incisions curvilignes, dont l'une circonscrivait un grand lambeau sur la surface antérieure, l'autre sur la surface postérieure de la tumeur. — On comprit entre ces deux incisions les parties dégénérées des côtés et du sommet de la tumeur.— L'incision antérieure partait près de l'articulation

droite de la mâchoire, descendait sur le devant de la tumeur, pour remonter et finir à l'articulation gauche. L'incision postérieure commençait au-dessus de l'angle du côté droit, descendait sur la surface postérieure de la tumeur, et finissait au-dessus de l'angle du côté opposé. Les lambeaux étant circonscrits par ces deux incisions, on les disséqua jusqu'au-delà des limites de la tumeur, on glissa un bistouri le long de la surface interne de l'extrémité de la branche horizontale de la mâchoire, en frayant par là une voie à la scie à chaînons, avec laquelle on scia l'os, d'abord du côté gauche, puis du côté droit; la tumeur fut alors renversée en dehors et entièrement séparée de la muqueuse buccale et des muscles qui s'y attachaient : les artères faciales seulement durent être liées : les bords de la plaie furent rapprochés avec le plus grand soin, à l'aide de quinze points de suture; on fit pendre les deux ligatures aux coins de la bouche; on appliqua sur les parties opérées du coton qu'on retint en place avec un mouchoir noué sur le sommet de la tête; on coucha le malade sur son séant, en le faisant surveiller constamment jour et nuit par les élèves de service.

En sciant la pièce dans son diamètre longitudinal, on la trouve composée, dans sa presque totalité, d'un tissu osseux intimement adhérent à la lamelle osseuse qui circonscrivait la tumeur : cette lamelle d'ailleurs se fait manifestement reconnaître pour celle même de l'os de la mâchoire énormément distendue, écartée du corps de l'os vers le sommet, et aux côtés de la tumeur cette lamelle constituait les cavités qu'on avait fendues lorsqu'on reçut le malade.

Toute la plaie externe guérit entièrement par première intention. Le soir du lendemain de l'opération, l'adhésion ayant eu déjà lieu, on ôta la moitié des points de la suture.

Au matin du quatrième jour, on ôta tous les autres . les deux ligatures tombèrent au sixième et septième jour, la suppuration de la plaie interne ne demanda que quelques injections d'eau tiède, délicatement faites, lorsqu'une trop grande quantité de pus était ramassée dans le plancher de la bouche : ces injections furent réitérées trois fois par jour pendant l'époque de la détersion de la plaie, et tout au plus deux fois dans les vingt-quatre heures, lorsque la suppuration fut en train. Le malade quitta le lit au dixième jour après l'opération. A cette même époque, les bourgeons charnus développés sur l'extrémité disséquée de l'os étaient confondus avec ceux des parties molles. Au douzième jour, un petit abcès se forma au côté gauche, vis-à-vis de l'os réséqué : on l'ouvrit, et il guérit en deux jours. — Au vingt-deuxième jour, la cicatrisation dans l'intérieur de la bouche était aussi achevée.

La guérison rapide et sans entraves dans ce cas, est peut-être due en grande partie au traitement énergique que l'on employa le lendemain de l'opération, et que nous allons exposer : Au matin de ce jour, le malade n'accusait qu'une très légère douleur au côté droit de la plaie ; son état général n'offrait rien d'alarmant, mais cependant son pouls était plein, présentait une dureté insolite et marquait quatre-vingt-dix pulsations : on fit une saignée d'une livre. Le soir de ce même jour, le malade avait passé une journée tranquille, mais il continuait à accuser quelques douleurs au côté gauche de la plaie : on ôta l'appareil, et on trouva comme nous l'avons dit l'adhésion parfaite des bords de toute la plaie ; mais on remarqua en même temps un peu de rougeur, de tension et de gonflement des lambeaux au côté gauche, symptômes qui pouvaient faire craindre une réaction locale

trop violente, laquelle aurait brisé l'adhésion déjà formée et amené de la suppuration : on ôta donc la moitié des points de suture, afin de diminuer les causes d'irritation, et l'on appliqua immédiatement 30 sangsues sur les lambeaux : cela suffit pour faire avorter l'inflammation et assurer le succès de l'opération sans aucune autre intervention de l'art. Les soins minutieux employés dans l'affrontement exact des bords de la plaie, sans laisser à découvert aucun point du tissu cellulaire, et sans y laisser aucun vide, la pression douce et la température uniforme conservées sur les parties intéressées à l'aide du coton, l'exclusion de toute espèce de cérat, et même de fomentations froides, sont peut-être autant d'élémens de succès : « *Accedente natura ægri bene disposita.* »

L'alimentation du malade demanda dans ce cas aussi, comme dans tous les autres de résection de la mâchoire et de restauration totale de la lèvre inférieure, des soins tout particuliers. Nous nous servons pour alimenter les malades d'une seringue ordinaire, dont on introduit très soigneusement dans la bouche le bout de bas en haut. A l'aide de cette seringue, on injecte par *saccades* contre le palais les boissons et les liquides alimentaires que le malade engloutit à l'instant même de chaque injection. Les malades apprennent cette manœuvre après les premiers essais, et savent l'exécuter avec le moins de mouvemens possibles des lèvres, en entr'ouvrant seulement la bouche autant qu'il est nécessaire pour l'introduction du bout de la seringue.

Nous gardâmes à la Clinique cet homme jusqu'à la moitié d'avril, afin de ne pas l'exposer à l'action d'un froid trop intense, et en même temps pour donner le temps aux parties sur lesquelles on avait agi de se bien consolider et de s'ha-

bituer à l'état contre nature dans lequel on les avait nécessairement laissées. Le malade, pendant ce temps, acquit quelque facilité à s'exprimer, mais l'articulation des mots lui était toujours difficile à cause du manque de support de la lèvre inférieure et des muscles de la langue. Pour se nourrir, il ramollissait les substances alimentaires dans de l'eau, en les convertissant en une panade liquide, qu'il introduisait avec une petite cuiller dans la bouche, le plus souvent étant dans une position horizontale.

Cet homme jouit maintenant de la plus parfaite santé; il peut parler assez bien, et se plaît à montrer aux personnes qui l'examinent qu'il peut siffler.

La Planche 8 représente le portrait de cet homme quatre ans après l'opération : il est dessiné avec la bouche ouverte et la langue retirée en arrière pour faire voir un cordon fibreux, très mince, presque blanc, tendu en guise de demi-lune en travers du plancher de la bouche, avec ses extrémités adhérentes et continues à la cicatrice des bouts de la mâchoire réséquée : la langue repose sur le cordon fibreux, et c'est sur lui que sont fixés les muscles du plancher. Le cordon n'est que la cicatrice des parties sur lesquelles porta la section lors de l'opération. Sur la peau de la région génio-hyoïdienne on remarque un sillon transversal, un peu rentrant, dont les extrémités aboutissent aux bouts de la mâchoire : ce sillon correspond au cordon fibreux qu'on remarque dans le plancher.

OBSERVATION

DE KYSTE FIBRO-OSSEUX

DÉVELOPPÉ SUR LE MAXILLAIRE ; ABLATION ; GUÉRISON

Un paysan de la Petite-Russie, âgé de 58 ans, et d'une constitution détériorée par le travail, qui, dès son enfance, avait, à la suite de la petite-vérole, perdu l'œil droit, vint dans l'année 1839 à notre clinique pour se faire traiter d'une tumeur qui le menaçait de lui faire perdre l'usage de l'œil gauche. Cet homme avait reçu, six ans auparavant, un coup de corne qui lui avait effleuré la joue ; des douleurs vagues se firent sentir de temps à autre en cet endroit, et un an plus tard il s'aperçut d'une élévation qui, augmentant successivement et lui causant une sensation pénible, avait acquis le volume actuel.

On voit sur la partie latérale gauche de la face une tumeur à-peu-près ovoïde, qui de la tempe s'étend jusqu'à l'angle de la bouche, et du côté du nez, jusqu'à peu de distance du méat auditif. Les limites de cette tumeur sont tracées par une ligne courbe qui, partant de l'angle gauche de la bouche, se porte à l'aile gauche du nez, longe le côté de cet organe, s'en écarte au tiers supérieur, pour s'incliner vers la moitié du pourtour inférieur et externe de l'orbite, jusqu'au-dessus de l'extrémité du sourcil, puis descend dans la direction du méat auditif, pour revenir à l'angle de la bouche.

Les organes qui sont placés sur les limites de la tumeur ont souffert un léger déplacement : la lèvre supérieure et l'angle gauche de la bouche sont refoulés en bas ; le lobe du

nez est poussé vers le côté opposé, et son aile est appliquée à la cloison; la paupière inférieure, la commissure palpébrale externe et l'extrémité du sourcil sont poussées en haut, et attirées en dehors, de sorte que la fente palpébrale est très oblique de dedans en dehors et de bas en haut, et les paupières peuvent à peine être entr'ouvertes; l'œil est caché dans le fond de l'orbite, mais ses fonctions sont normales.

La peau qui recouvre la tumeur est saine, mobile; sur le bout inférieur, le réseau veineux est plus manifeste, ce qui donne à ce bout un teint vineux. La tumeur est immobile, ses parois sont osseuses, mais à son bout inférieur, où la teinte de la peau est modifiée, elle présente une certaine élasticité: sans cette circonstance, qui faisait soupçonner qu'on avait affaire à un kyste, on aurait pu prendre la tumeur pour une exostose.

Décidé à exporter cette tumeur, qui n'offrait aucune trace de nature maligne, nous fîmes sur ces tégumens deux incisions, l'une dans le sens de son diamètre longitudinal, l'autre dans le sens de son diamètre transverse. Les quatre lambeaux furent disséqués, réfléchis, et la tumeur fut mise à nu: beaucoup d'attention fut nécessaire pendant que l'on disséqua le lambeau correspondant à la paroi inférieure et externe de l'orbite, pour ne pas blesser la conjonctive palpébrale qui était appliquée à la surface de la tumeur.

Une fois mise à nu, la tumeur fut exportée, en agissant sur toute sa circonférence, en partie avec la scie à crête de coq, en partie avec la tenaille de Liston: elle était creuse, contenait à-peu-près une cuillerée d'un liquide séro-sanguinolent; ses parois étaient de l'épaisseur de deux à trois lignes, très compactes; mais au bout inférieur elles étaient amincies, et plutôt cartilagineuses qu'osseuses. La surface

interne de la tumeur était inégale, hérissée et envoyait des colonnes osseuses dans différentes directions. Ce kyste reposait sur la paroi externe du sinus maxillaire, avait envahi l'os malaire, y compris le bord inférieur et externe de l'orbite, et même l'apophyse malaire du frontal.

Il resta, après l'ablation de la tumeur, une surface concave, hérissée, qu'on égalisa à l'aide des tenailles incisives et de la gouge; puis on appliqua exactement les quatre lambeaux sans faire de sutures, en prenant soin que leurs bords se correspondissent exactement; on superposa un peloton de coton, et à l'aide d'un bandage approprié on fit sur tous les points une compression modérée.

L'appareil ne fut enlevé qu'au cinquième jour, aucun symptôme n'ayant imposé la nécessité d'inspecter la plaie plus tôt. On trouva la paupière inférieure un peu œdématiée, et la conjonctive oculaire légèrement ecchymosée; mais les lambeaux étaient parfaitement accolés à la surface osseuse, dont les petites inégalités se laissaient apercevoir sur les lambeaux qui s'y étaient pour ainsi dire moulés : c'est à peine si l'on put exprimer quelques traces de pus sur quelques points des lignes de réunion des lambeaux. Une pression modérée fut continuée sur la plaie jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle la guérison fut complète.

La planche 12 représente le portrait de ce malade le jour où il quitta la Clinique : on y voit les cicatrices, suite des incisions faites aux tégumens de la tumeur, la commissure externe des paupières rentrante, la paupière inférieure flasque et pendante à cause de l'absence de l'os de la pommette. On proposa au malade de lui corriger ce défaut, en rendant plus courte la fente palpébrale, mais il s'y refusa.

TROIS OBSERVATIONS

DE TUMEURS FIBRO-CARTILAGINEUSES

DU LOBULE DE L'OREILLE

FORMÉES A LA SUITE DE SA PERFORATION.

A la suite de la plaie que l'on fait pour percer les oreilles, il survient quelquefois un genre particulier d'affection qui n'a pas été, que nous sachions, noté par les auteurs. — C'est une tumeur fibro-cartilagineuse qui a pour racine la cicatrice de la plaie faite au lobule, et qui peut acquérir un certain volume. — Nous avons eu occasion d'observer trois faits de ce genre dans ces dernières années, et chaque fois la tumeur se trouvait au côté postérieur du lobule. Le premier cas appartenait à une fille de dix ans qui se présenta à la consultation clinique dans l'année 1839 ; le second appartenait à une fille de huit ans ; le troisième, enfin, à une demoiselle de vingt-quatre ans, replète, de constitution lymphatique, qui, devant se marier dans quelques semaines, était peinée de paraître aux noces sans boucles d'oreilles, et vint au printemps de l'année 1842 nous prier instamment d'entreprendre une opération qui dût lui en procurer le moyen.

L'affection était très bien caractérisée, surtout chez la fille de dix ans, dont nous allons parler (*V.* figure 15). Il y avait au côté postérieur du lobule de l'oreille droite une tumeur globuleuse, mamelonnée, à-peu-près de la forme et de la grandeur d'une noisette ordinaire : cette tumeur, d'une dureté extrême, était recouverte d'une peau mince, adhérente,

de couleur naturelle, sur laquelle on voyait des ramifications veineuses très fines; sa base était appliquée au lobule, y adhérait seulement par une racine qui en traversait l'épaisseur, et la tumeur aboutissait à une petite cicatrice que l'on remarquait à sa surface antérieure. En pressant la surface antérieure du lobule contre la tumeur, on sentait cette racine, et on en reconnaissait l'extrême dureté; on pouvait facilement comprendre que ce prolongement n'était que la cicatrice de la plaie faite dans l'épaisseur du lobule lorsqu'on perça l'oreille.

Chez chacune de ces filles la présence des boucles d'oreilles avait causé des douleurs qui forcèrent leurs parens de les ôter bientôt après les avoir appliquées. Chez la seconde, la tumeur était d'une forme moins régulière et sa racine plus large. Ses parens avaient autrefois fait couper la tumeur à plat et percer l'oreille de nouveau pour réapliquer les boucles; mais l'enfant ne put les supporter, et la tumeur repoussa. La fiancée aussi avait fait plusieurs essais de ce genre, mais toujours sans succès; la racine de sa tumeur en devint plus large, et acquit une forme prismatique.

Dans chacun de ces cas l'ablation de la tumeur eut lieu en l'excisant d'abord à plat sur la surface du lobule, puis en cernant la racine par deux incisions elliptiques faites par ponction avec un petit ténotome. Les bords furent rapprochés avec un point de suture, et la plaie guérit sans accident. On ne se servit pas de cette plaie pour l'application des boucles, comme les personnes l'auraient désiré, et l'on conseilla de ne faire aucune ponction nouvelle qu'à une époque beaucoup plus reculée.

A la section de ces tumeurs on trouva que le tissu du corps et de la racine étaient de nature fibro-cartilagineuse.

La fig. 15, A, est la coupe de la tumeur représentée dans le portrait.

Au mois de novembre de l'année passée nous avons vu à la clinique du célèbre professeur *Syme*, d'Édimbourg, une femme qui portait au lobule de l'oreille droite, à la suite de l'irritation qu'autrefois lui avaient causée les pendans, une affection en quelque sorte analogue à celle dont nous parlons, mais qui, cependant, en différait essentiellement. Dans ce cas, *toute l'épaisseur* du lobule était hypertrophiée, et avait subi une dégénérescence fibro-cartilagineuse. M. *Syme* excisa le lobule en faisant deux lambeaux qui, rapprochés par deux points de suture, se cicatrisèrent promptement.

OBSERVATION

DE TUMEUR FIBREUSE DE LA PAROTIDE

du poids de 1750 grammes (3 livres 1/2).

Dans les cinq dernières années, nous avons eu à notre Clinique trois cas de tumeurs fibreuses de la parotide, et chaque fois l'affection se trouvait au côté droit.

Le premier sujet qui portait cette affection était un paysan de trente-deux ans, qui commença à l'âge de vingt-quatre ans à s'apercevoir de la présence de la tumeur. Quatre ans plus tard elle avait déjà acquis le volume du poing, et le malade y fit appliquer des caustiques pour s'en débarrasser : cela cependant n'eut pas l'effet qu'il en attendait, car, après l'avoir fait beaucoup souffrir, la plaie se ferma, laissant une cicatrice que l'on voyait encore. C'est probablement par l'effet du caustique que cette tumeur présentait une forme assez curieuse : elle avait l'aspect d'un grand disque aplati, qui ressemblait remarquablement à une galette appliquée au côté droit de la face, de manière à cacher d'un côté l'oreille, et de l'autre côté, la moitié de la joue. La partie de la base à laquelle la tumeur adhérait était beaucoup moins large que sa circonférence; aussi une plaie de peu d'étendue suffit-elle pour en faire l'ablation.

Le second sujet était un paysan de vingt-cinq ans, qui nous dit qu'à l'âge de treize ans il avait pour la première fois remarqué une petite tumeur au-dessous du lobule de l'oreille, et qu'à dix-huit ans, la tumeur étant déjà fort apparente, car elle avait dépassé la grosseur d'une noix, il la fit

extirper par un maréchal du village, qui le prépara à l'opération avec trois verres d'eau-de-vie.

Peu de jours après cette opération, la partie vulnérée se tuméfia considérablement. La plaie donna beaucoup de pus pendant sept semaines, et ne se cicatrisa qu'après l'emploi de l'eau blanche. Mais dès-lors la tumeur primitive augmenta de volume plus rapidement qu'auparavant, et comme elle continuait à croître toujours, il se décida à venir à la Clinique, en exprimant le désir de se la faire extirper.

Cette tumeur aussi présentait à sa surface une cicatrice, suite de la tentative d'extirpation qu'on avait faite six ans auparavant; la tumeur même avait une forme assez régulièrement *triangulaire*, sa base en haut et son sommet en bas sur l'angle de la mâchoire.

L'extirpation de la tumeur, chez l'un comme chez l'autre de ces malades, fut suivie d'une prompte guérison.

Sans offrir rien de bien remarquable, cependant, chez le second malade, qui voulut sortir à notre regret dès le douzième jour après l'opération, la plaie, tout étant cicatrisée, offrait à son extrémité inférieure, derrière l'angle de la mâchoire, une petite ouverture par laquelle suintait de la sérosité, lorsque le malade mastiquait. Craignant qu'une fistule salivaire ne s'établît, nous fîmes tous nos efforts pour engager le malade à rester à la Clinique jusqu'à sa parfaite guérison; mais ayant une occasion pour se rendre à son village, il voulut en profiter et il nous quitta le 8 novembre. Le 8 mars de l'année suivante (1842), le malade, venu de la campagne en ville, fut par hasard rencontré par un de nos élèves, qui, ayant soigneusement examiné la plaie, nous dit n'y avoir trouvé aucune trace de fistule salivaire.

Le cas du troisième sujet présentait plus d'intérêt, soit à

cause du grand volume de la tumeur qui était de trois livres et demie, soit à cause des changemens que sa présence fit subir à la mâchoire inférieure, soit enfin parce que la guérison fut très rapide, la plaie s'étant complétement cicatrisée par première intention. Nous allons exposer ce cas plus en détail.

Randion Romanscenco, paysan, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, fut reçu à la Clinique le 1er février 1843. Dans sa vingt-troisième année, il s'aperçut d'une petite grosseur derrière l'angle de la mâchoire du côté droit : lorsque la tumeur eut acquis le volume d'un œuf, il y appliqua, pour la faire disparaître, d'après le conseil d'une vieille femme, des cataplasmes composés de cendre d'un bois particulier. La tumeur continuant toujours à augmenter, acquit dans l'espace de dix-huit ans le volume actuel. Très gêné par son grand poids, et par son volume, auxquels il attribuait la surdité dont il était affecté de ce côté, cet homme se décida à se faire recevoir à la Clinique. La tumeur présente à-peu-près la forme d'une pyramide *triangulaire*, dont le côté supérieur de sa base commence à la distance du petit doigt de l'angle de la bouche, passe au-dessous du méat auditif, et va finir à la région occipitale, deux pouces au-delà du méat. Le côté postérieur descend de la région occipitale sur le côté du cou, et finit à-peu-près sur la moitié du muscle sterno-mastoïdien ; enfin, le troisième côté part de ce même point pour finir à l'angle de la bouche, passant au-devant de la moitié du corps de la mâchoire. La grande circonférence de la tumeur est de vingt-deux pouces, et sa hauteur de dix ; sa surface présente de grandes bosselures ; la tumeur s'insinue par une de ses tubérosités au-dessous de l'angle et du corps de la mâchoire, sans qu'on puisse recon-

naître sa profondeur; la peau dont la tumeur est couverte est saine, plus mobile à sa surface qu'à son sommet, d'une couleur plus foncée sur la surface postérieure que sur l'antérieure; la tumeur, à cause de son poids, penche un peu en bas, et son sommet va presque toucher le sommet de l'épaule; tout en étant mobile, elle est cependant assez solidement fixée aux parties sur lesquelles elle repose: le lobule de l'oreille est entraîné sur la surface de la tumeur; le méat auditif est rétréci; la consistance de la tumeur étant très dure, elle n'a jamais causé de douleurs, caractère qui, avec tous les autres qui l'accompagnaient, faisait de prime abord reconnaître sa nature fibreuse.

L'extirpation de cette tumeur eut lieu de la manière suivante: On cerna, par une incision semi-elliptique, un petit lambeau qui comprenait à son centre le lobule de l'oreille, et on le rejeta vers cet organe, auquel il était adhérent; puis on fit une incision verticale le long de toute la surface antérieure de la tumeur, et qui, en contournant sa partie inférieure, s'étendit jusqu'à quatre travers de doigt de l'insertion du muscle sterno-mastoïdien. On pratiqua une autre incision transversale, qui, commençant à un pouce de l'angle de la bouche, s'étendit, en croisant la précédente, jusqu'au-delà de l'extrémité occipitale de la tumeur. Les lambeaux furent disséqués et réfléchis, mais on s'arrangea de manière à conserver toute la peau, contrairement à la pratique ordinaire, nous réservant de retrancher plus tard juste ce dont nous n'aurions pas besoin; on disséqua la tumeur de haut en bas, mais on trouva qu'elle était implantée dans la région parotidienne par un prolongement qui était de bien supérieur aux limites naturelles de cette région. C'était une des grandes tubérosités enchatonnée à une profondeur qu'on ne

pouvait d'abord calculer entre l'angle de la mâchoire, le conduit auditif et l'apophyse mastoïde, et cette tubérosité embrassait l'angle de la mâchoire pour s'épanouir sur sa surface interne.

L'énucléation de cette grande tubérosité ne présenta pas autant de difficulté qu'on aurait pu se l'imaginer : ayant bien fendu la coque aponévrotique très ferme qui la retenait enclavée dans les limites sus-mentionnées, on put, par des tractions fortes, mais prudentes, exercées d'arrière en avant avec deux doigts introduits sous l'aponévrose, et aidées de quelques coups de bistouri, l'arracher, pour ainsi dire, de la cavité qu'elle occupait. Ayant une fois surmonté cet obstacle, le reste de la dissection fut facile ; on ne fit la ligature d'aucun vaisseau.

Après cette extirpation, il resta une grande plaie à la partie supérieure de laquelle on voyait une cavité parfaitement sphérique, capable d'admettre le poing, et tapissée d'une membrane aponévrotique. On voyait sur la limite interne de cet enfoncement la veine jugulaire interne; sur la limite inférieure, tout le ventre postérieur du muscle digastrique; et sur la limite externe, le sterno-mastoïdien. Sans la voir, on pouvait toucher dans la profondeur de la cavité l'apophyse styloïde. On vit en outre que l'angle de la mâchoire empiétait fortement sur le corps de cet os, en formant avec lui un angle très obtus, de sorte que la distance de cet angle à la symphyse était d'un pouce plus courte que celle de l'angle du côté opposé. Cette circonstance fit concevoir comment une si grande tubérosité avait pu se loger dans la région parotidienne. Il faut noter d'ailleurs que l'avancement de l'angle de la mâchoire ne dépendait pas d'un déplacement de tout le corps, qui aurait altéré les rapports restés intacts

de l'arcade dentaire inférieure avec la supérieure, mais qu'il dépendait d'une absorption interstitielle qui portait sur la partie de la mâchoire qui était en contact avec la tumeur. La plaie était très étendue, car nous avions, comme nous l'avons dit, cinq lambeaux beaucoup plus grands qu'il ne fallait. Dès-lors, après avoir fait entrer dans l'enfoncement le lambeau auriculaire, et ce qu'il fallait des deux autres lambeaux supérieurs pour en tapisser exactement les parois, nous appliquâmes sur le reste de la plaie les deux autres lambeaux, ce qui nous permit d'en retrancher juste le superflu : trente-deux points de suture furent pratiqués, puis l'excavation ayant été de nouveau tapissée par la peau, nous la remplîmes de gâteaux de ouate sèche, et nous en appliquâmes aussi sur le reste de la région : le tout fut maintenu par un bandage approprié, et on fit au malade la recommandation de se coucher constamment sur le côté malade, espérant que la compression favoriserait l'adhésion.

Sa réaction fut presque nulle, et le quatrième jour, lorsque nous levâmes l'appareil, nous trouvâmes la plaie cicatrisée dans toute son étendue. On retira donc les sutures : le côté droit de la face était un peu œdématié; il y avait un peu de paralysie musculaire, qui cependant ne s'étendait pas aux paupières; le malade accusait aussi quelques douleurs insignifiantes en avalant. L'appareil fut renouvelé pendant une huitaine de jours encore, et le vingtième jour le malade sortit de la Clinique conservant encore une légère paralysie faciale.

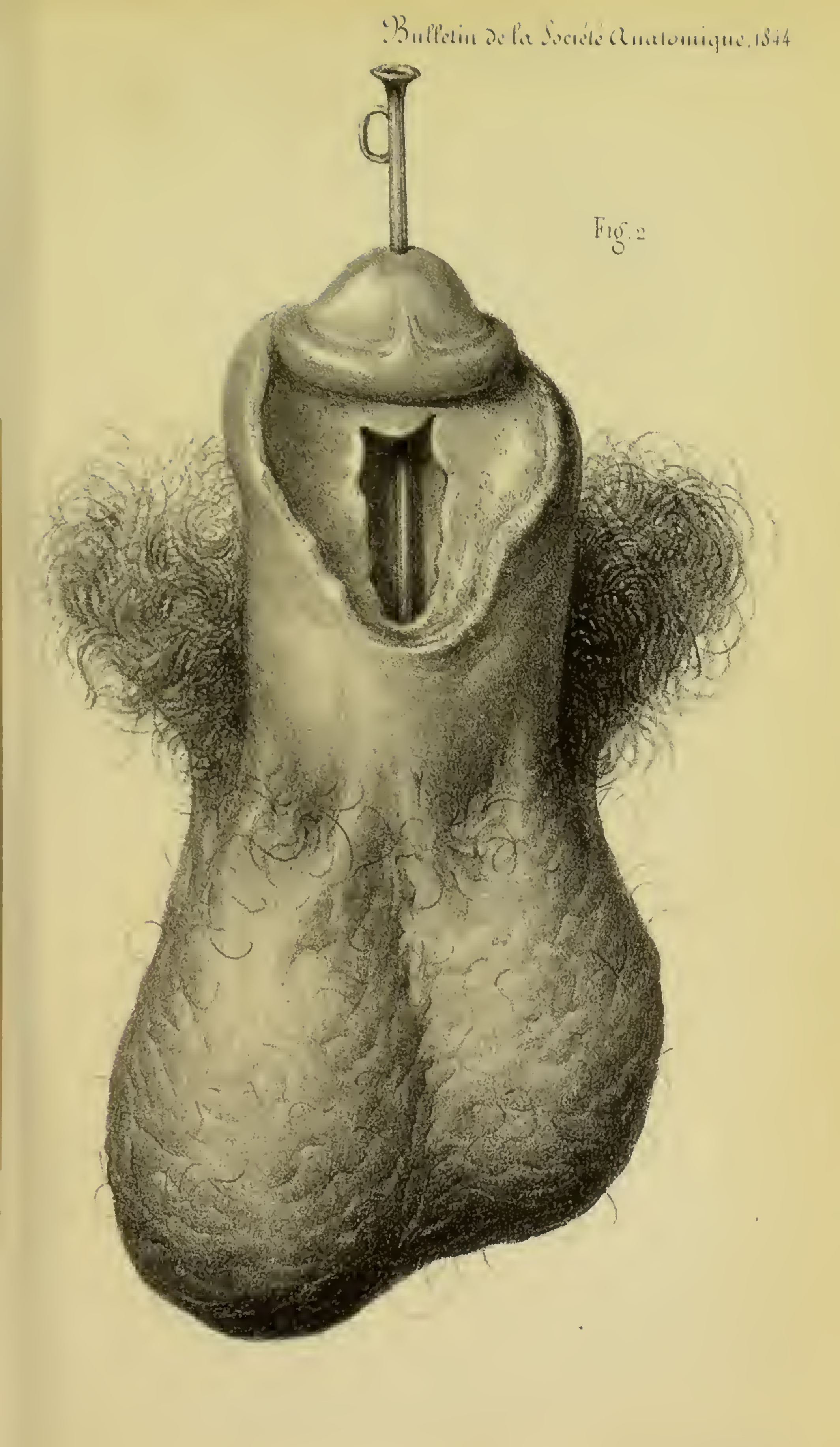
La figure 14 représente ce malade au moment de sa sortie de la Clinique. Au niveau de la cicatrice verticale, on voit la dépression, suite de l'usure qu'avait subie la branche ascendante de la mâchoire.

FIN



Fig 1

Imp d Artus rue de la Harpe 50



Imp. d'Artus.



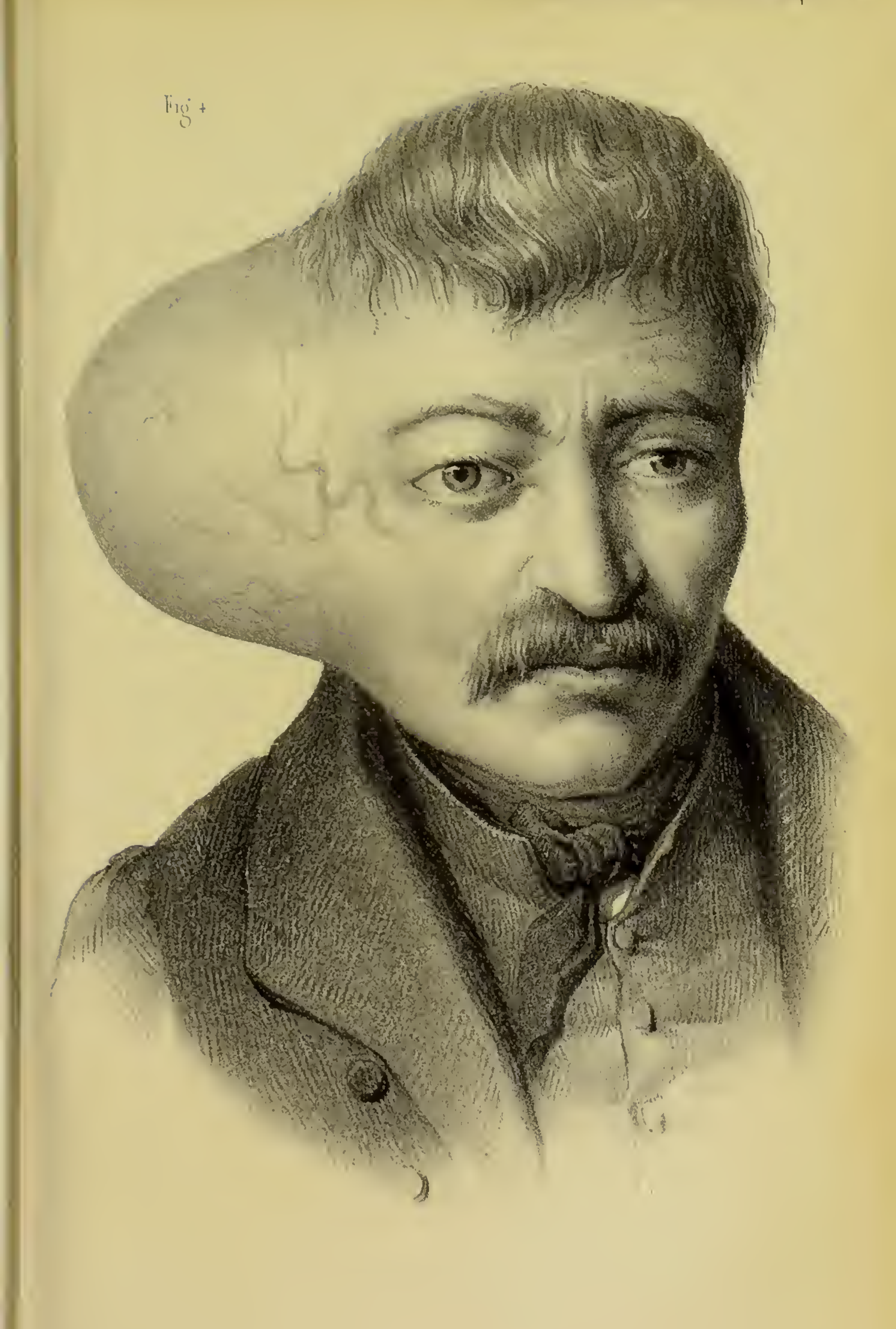
Fig 3



Léveillé del

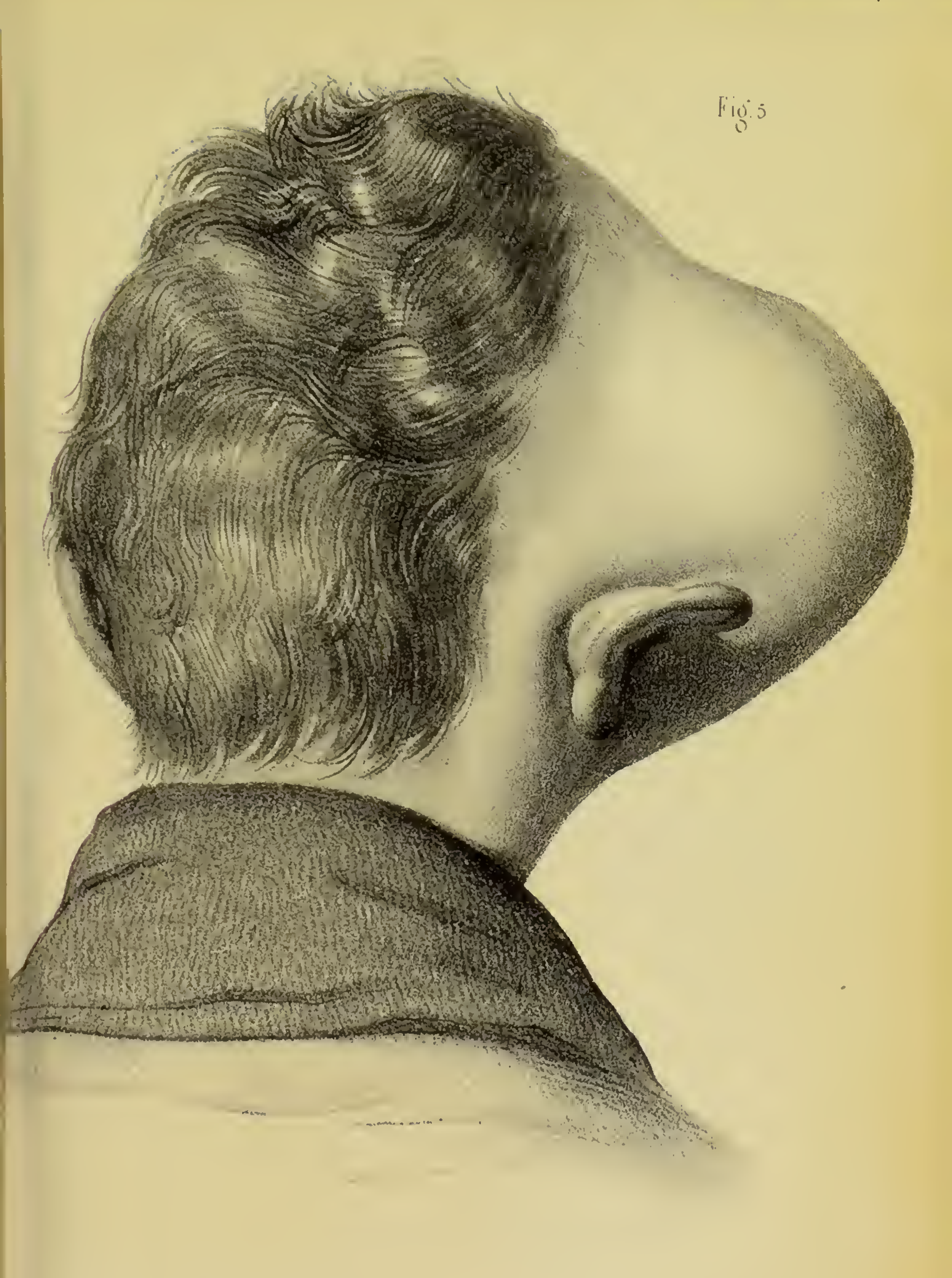
Imp d'Artus.

Fig 4



Leveillé del

Imp d'Artus



· de.

Imp d'Artus.

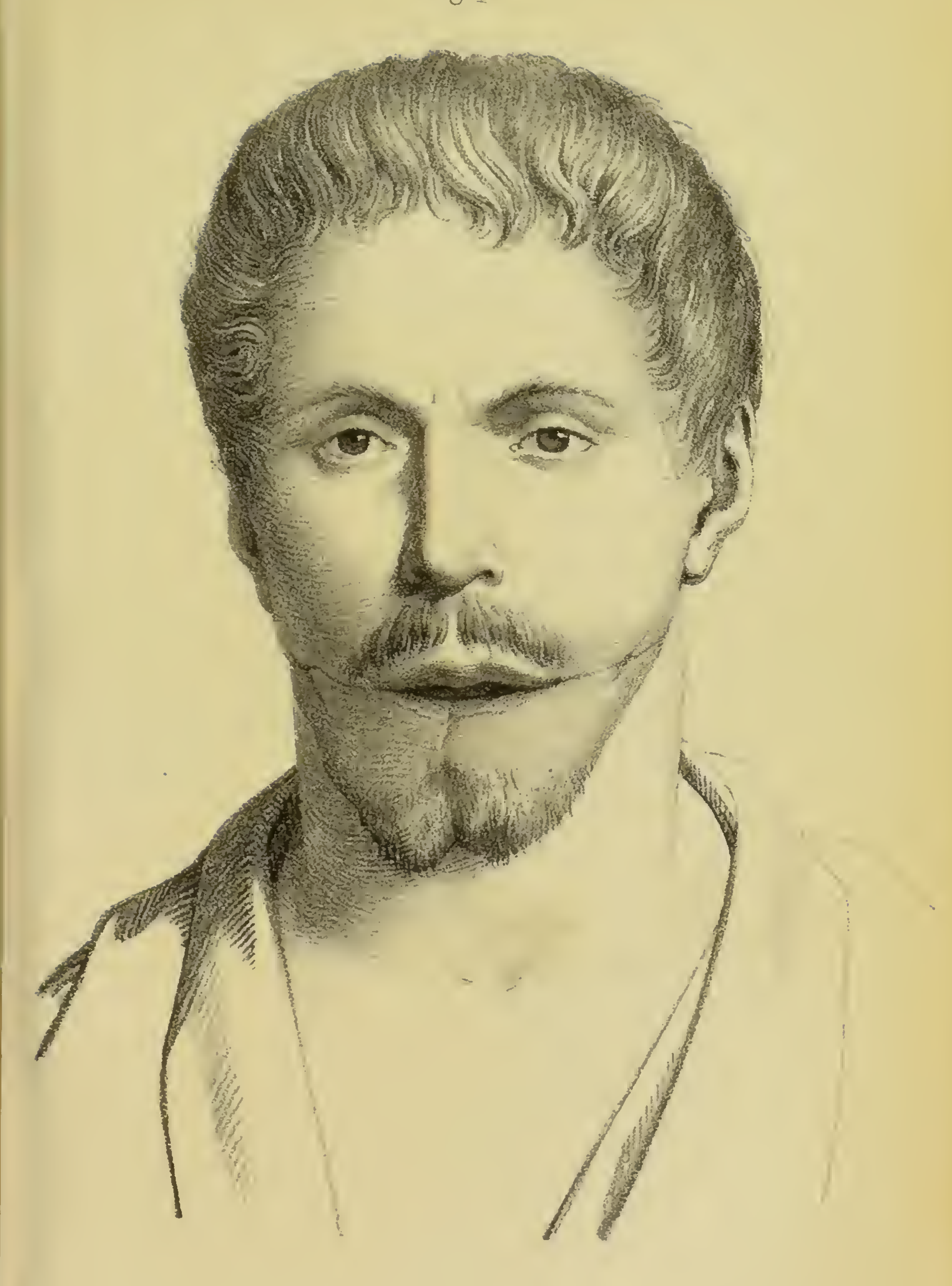
Fig 6.



[...]del

Imp. d'Artus, rue de la Harpe. 50

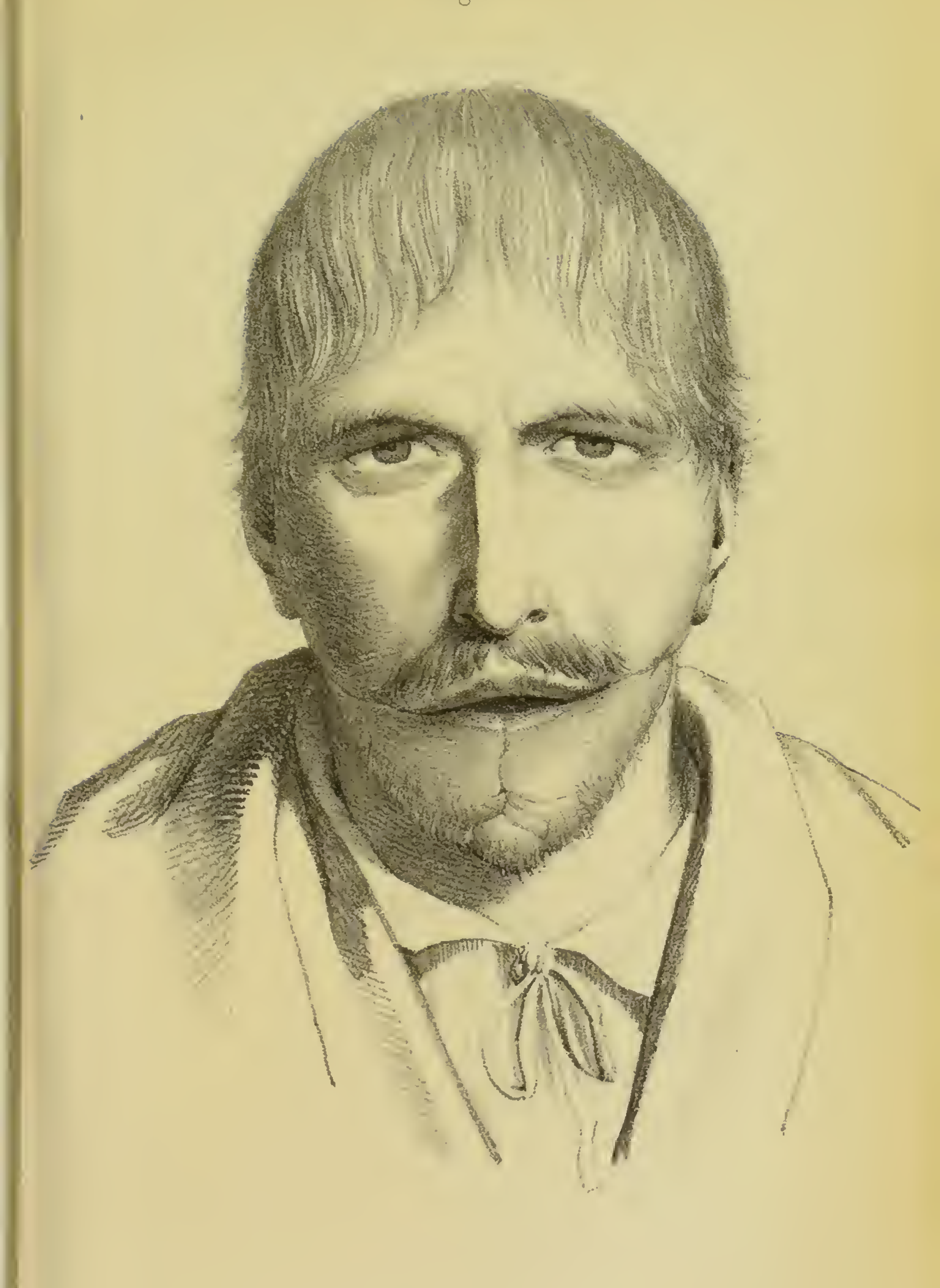
Fig. 7



Léveillé del.

Lith. d'Artus.

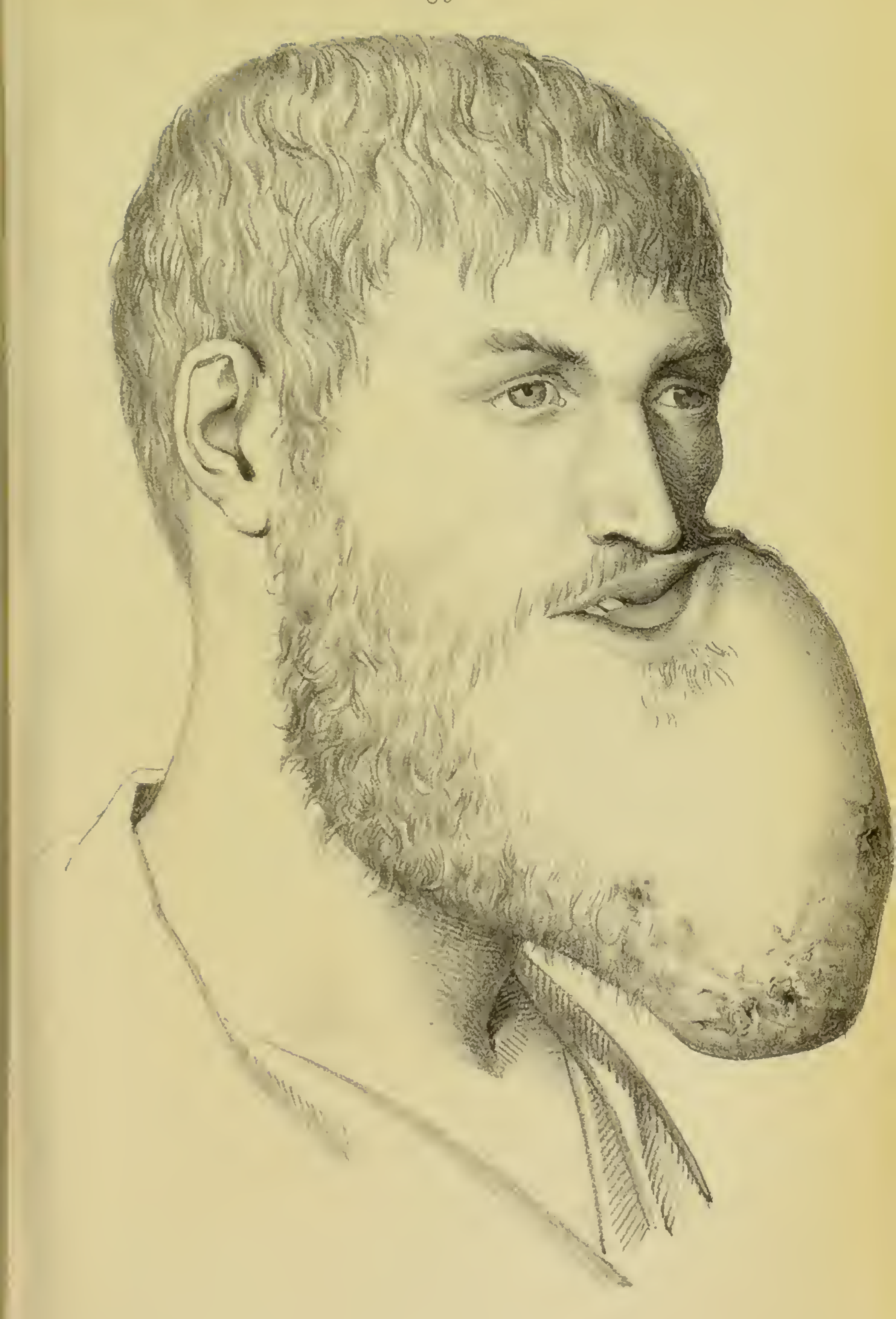
Fig. 8



Léveillé del.

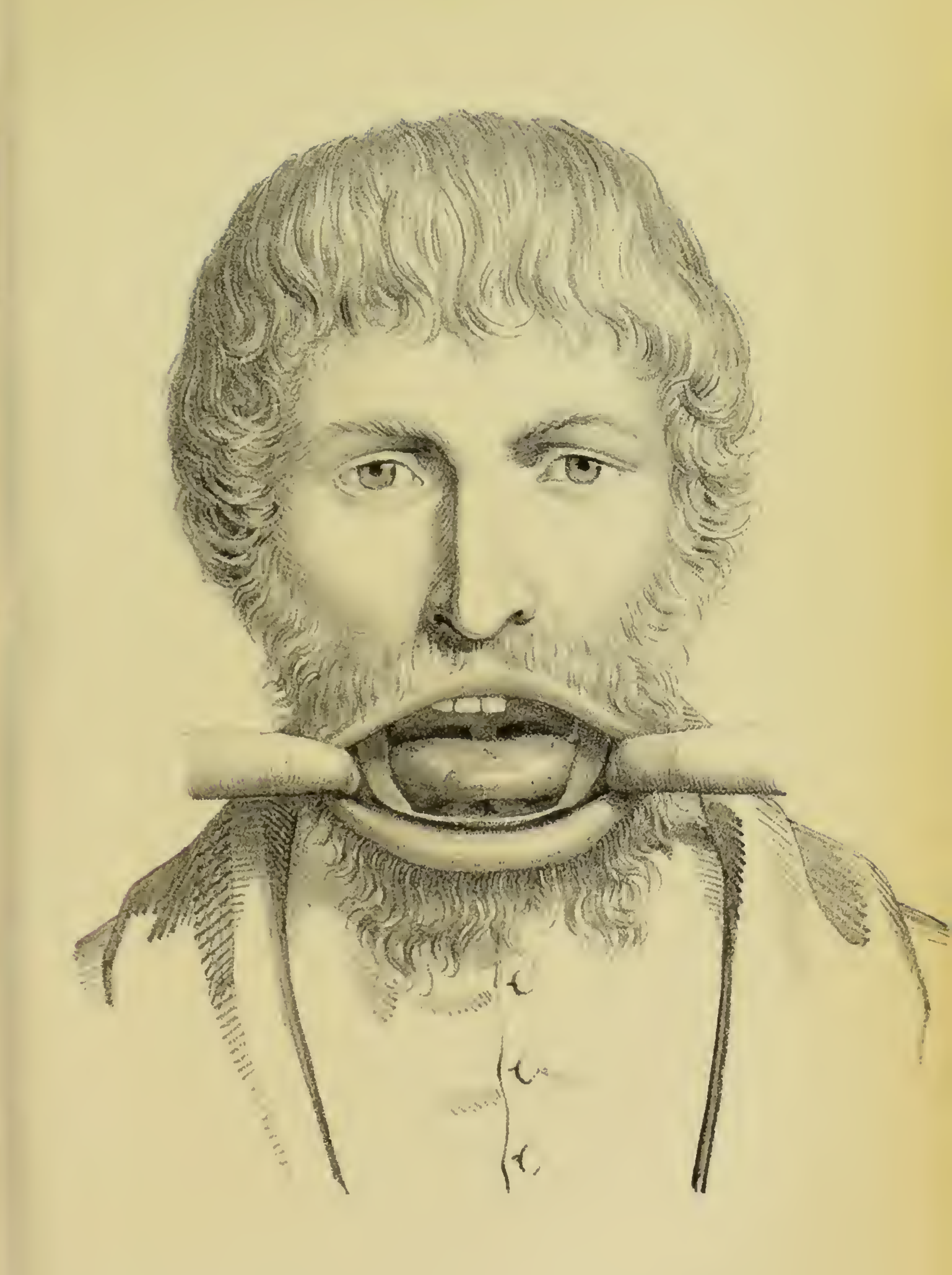
Lith. [illegible] rue de la Harpe [illegible]

Fig 9.



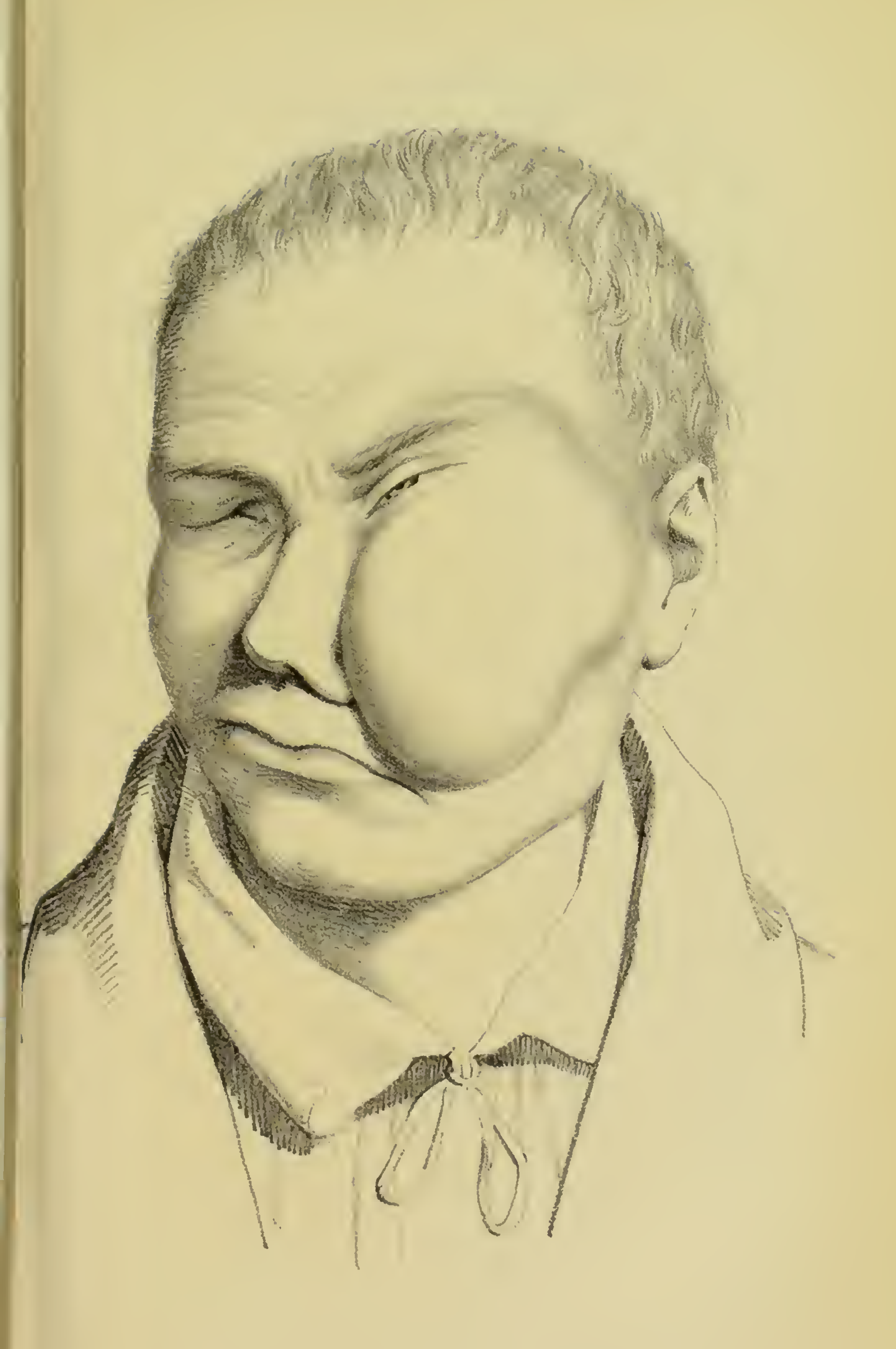
Léveillé del. Imp d'Artus

Fig. 10



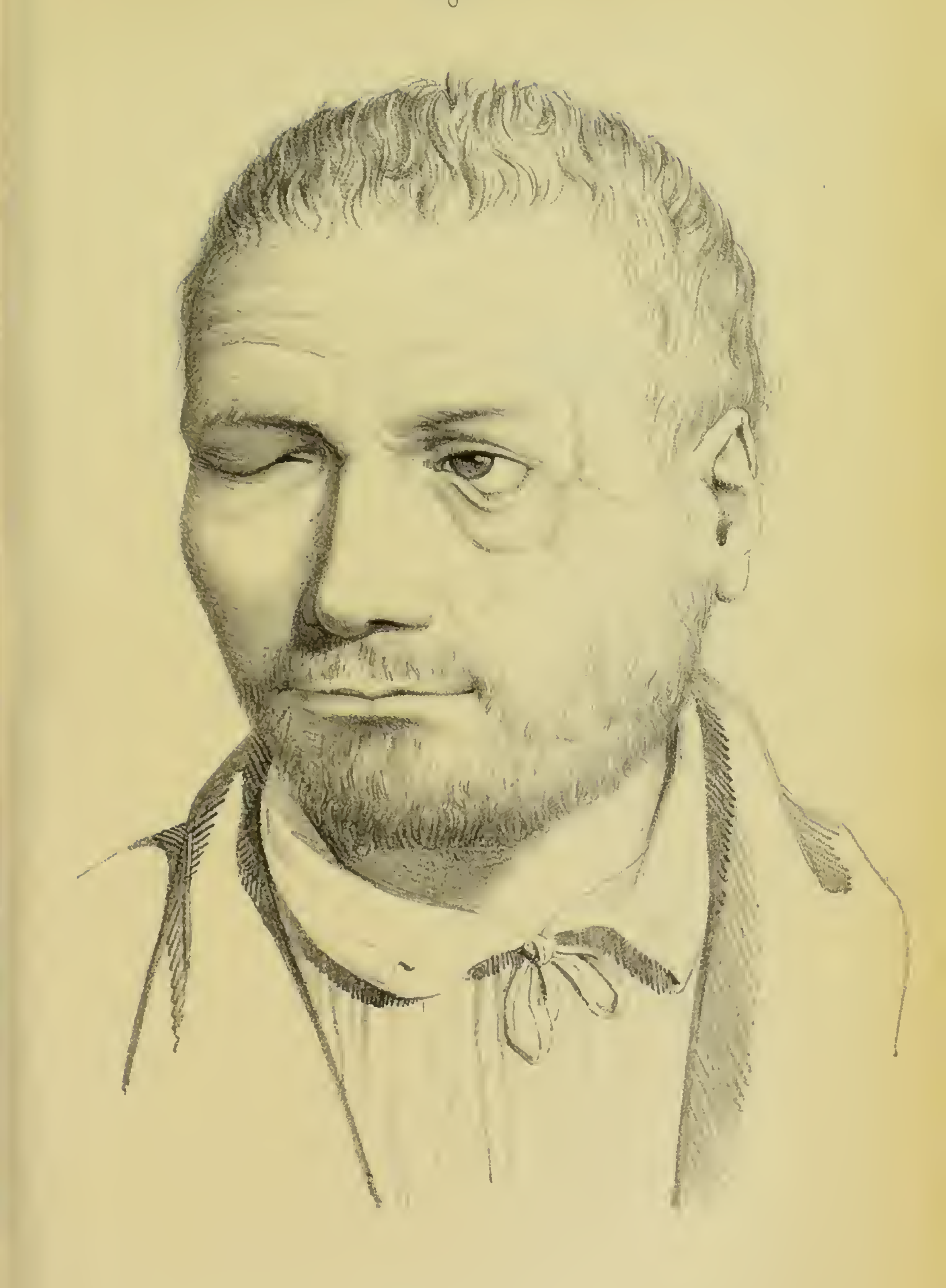
Leveillé del   Imp d'Artus

Fig. II.



le del. Imp d'Artus

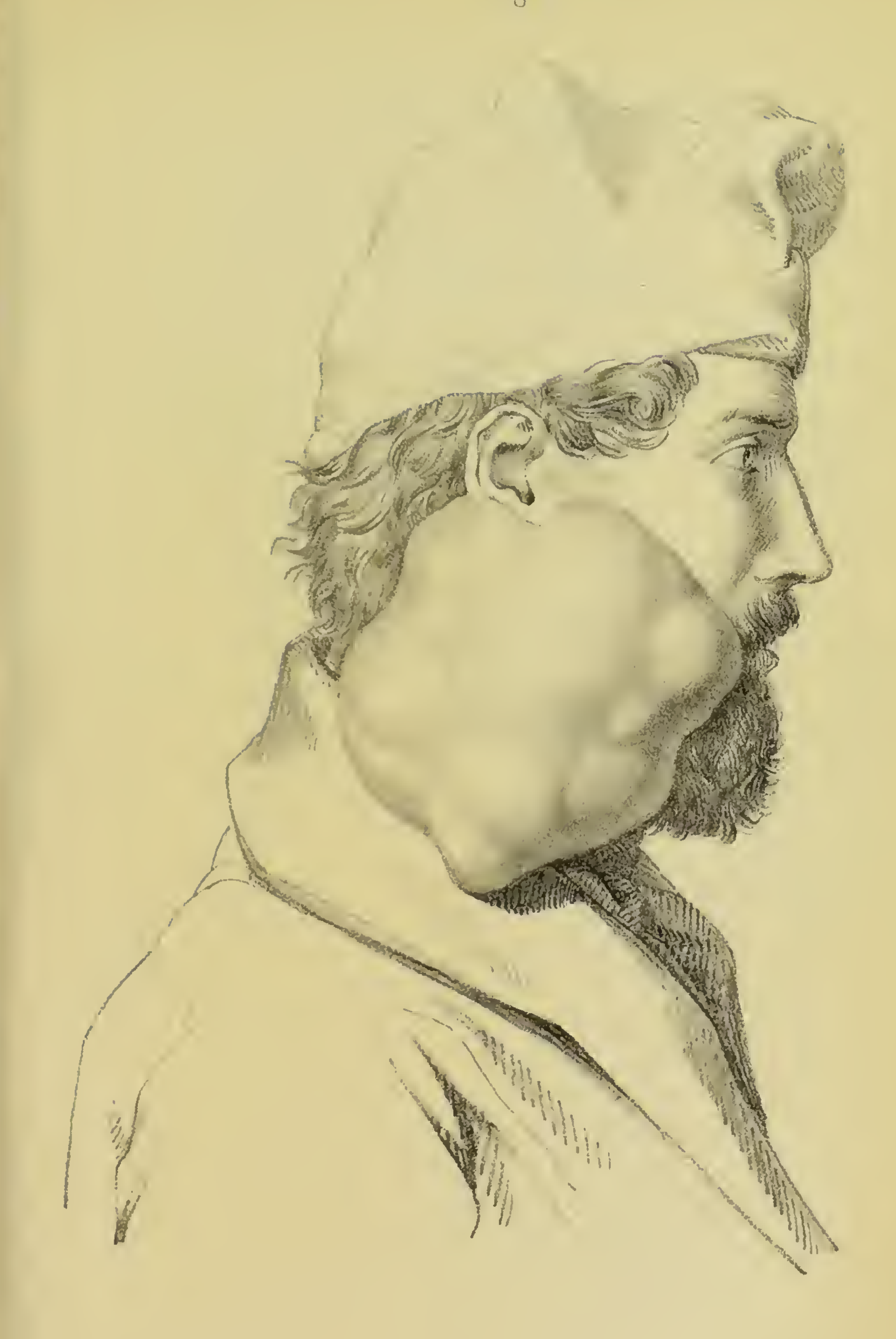
Fig. 12



Léveillé del.

Imp. d'Artus, rue de la Harpe 50

Fig. 15



Léveillé del. Imp. d'Artus.

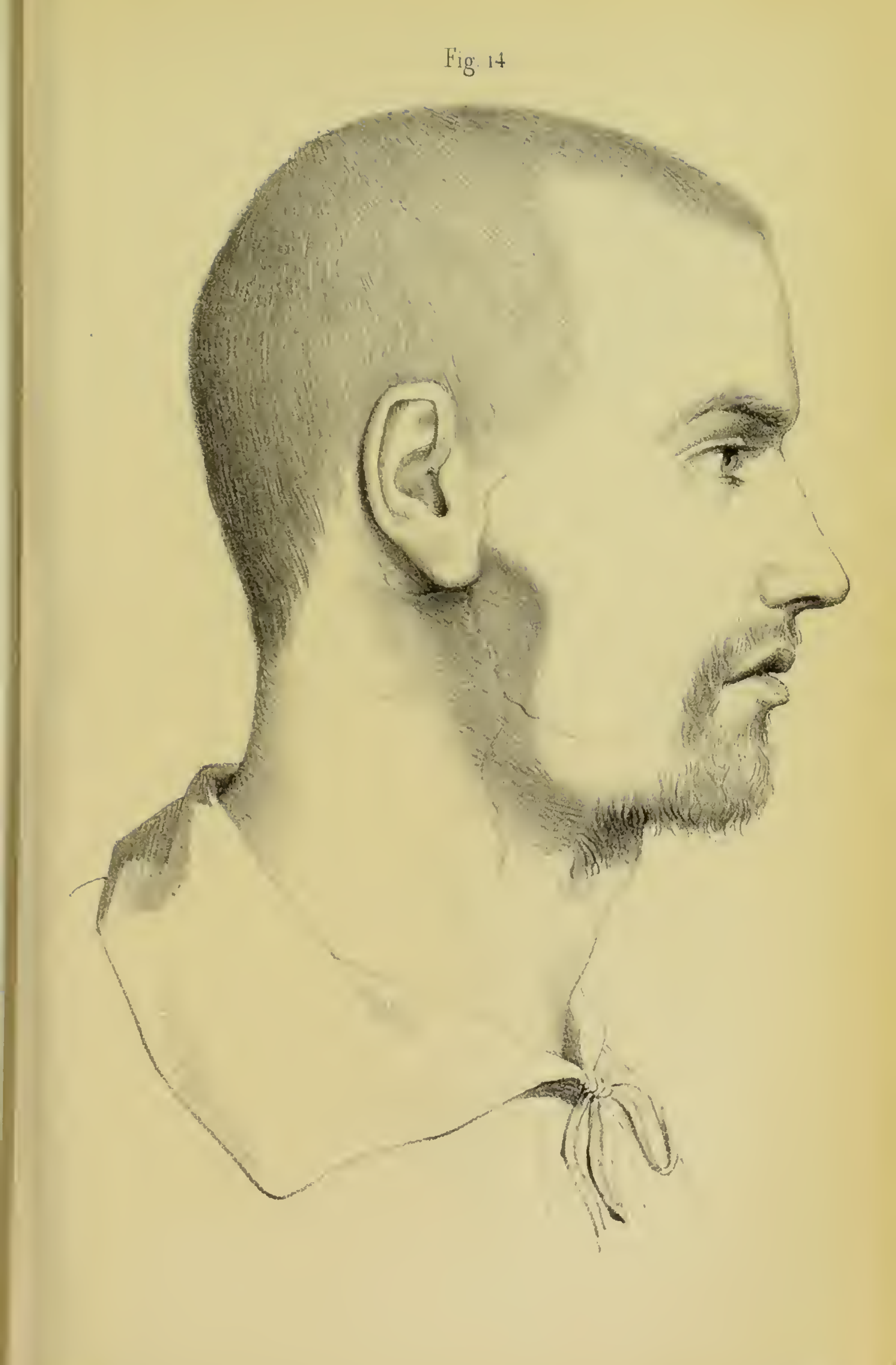


Fig. 14

Leveillé del. Imp d Artus

Fig: 15.



Léveillé del.

Imp. d'Artus

Fig. 16.

ille del

Imp. d Artus, rue de la Harpe. 50.